Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Berlin. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 51. 18. December 1900. Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 47. Jahrgang.

Originalien.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Tübingen (Vorstand: Professor Dr. Döderlein).

Erfahrungen über Angiothrypsie.

Von Dr. E. Winternitz, a. o. Professor und I. Assistenzarzt.

Während es im Allgemeinen zum Zwecke der Blutstillung gebräuchlich ist, grössere Gefässe durch Anlegen einer Ligatur, kleinere durch Abklemmen oder Abdrehen zu verschliessen, ist im Laufe der letzten Jahrzehnte besonders in der operativen Gynäkologie eine zwar nicht neue aber eine Zeit lang verlassene Methode der Blutstillung, welche von Frankreich ausging, wieder zur Geltung gekommen; es ist das Verfahren, mittels der sogen. Dauerklemmen — pinces à demeure — die Gefässe zum Verschluss zu bringen. Dasselbe besteht darin, dass man, besonders bei den vaginalen Totalexstirpationen, an solchen Stellen, welche für Ligaturen schwer zugänglich sind, die Operationsstümpfe mit Klemmen fasst und diese 2—3 mal 24 Stunden liegen lässt, so dass nach Abnahme derselben eine Thrombose der Gefässe eingetreten ist und eine weitere Versorgung nicht nothwendig wird.

Dieselbe Methode war ursprünglich bei der extraperitonealen Stielbehandlung der Ovarialkystome üblich und wurde zuerst im Jahre 1858 von Hutchinson angegeben.

Zahlreiche Operateure, wie Sp. Wells, Koeberlé, Billroth u. A. haben sich ausschliesslich dieser Methode bedient und wegen der guten Resultate, welche damit erzielt wurden, dieselbe beibehalten zu einer Zeit, zu welcher man schon längst zur intraperitonealen Stielversorgung übergegangen war. Hierbei sei erwähnt, dass McDowell bei seiner ersten Ovariotomie im Jahre 1809 den Stiel unterbunden und versenkt hat. Die Ligaturen wurden zur Wunde herausgeführt.

Von den verschiedenen Nachtheilen, welche der extraperitonealen Stielbehandlung anhaften, ist besonders der hervorzuheben, dass in Folge des langen Verweilens der Klammern die abgeklemmte Gewebspartie gangraenös werden muss, wodurch sich der Heilungsverlauf bedeutend in die Länge zieht. Derselbe Nachtheil macht sich bis zu einem gewissen Grade auch bei der vaginalen Anwendung der Dauerklemmen geltend. Es war daher zunächst zu begrüssen, dass Doyen und nach ihm Tuffier eine Methode angegeben haben, welche darin bestand, dass mittels ausserordentlich stark wirkender Compressionszangen, — „pince clamp à pression progressive — Vasotribe, Angiotribe“, innerhalb weniger Minuten eine derartige Quetschung der Gewebe und Gefässe erzeugt werden sollte, dass nach Abnahme dieser grossen Klammern die Blutstillung ohne weitere Zuthat geleistet wäre.

In Deutschland waren es besonders Landau und Thumim, welche durch Construction eigener Instrumente, der „Hebelklemme“, diese Angiothrypsie empfahlen.

Doyen hat allerdings vorsichtiger Weise Ligaturen in die Pressfurche gelegt, wogegen Tuffier und Landau die Blutstillung auf die Angiothrypsie beschränkten. Die an der Landau'schen Klinik gemachten Erfahrungen wurden von Thumim veröffentlicht.

Es wurden 99 Totalexstirpationen mit der Hebelklemme ausgeführt, ohne dass eine Nachblutung beobachtet worden wäre. Ermuthigt durch diese ausgezeichneten Resultate, wurde auch bei zahlreichen abdominalen Ovariotomien mit dem Angiothryptor der Stiel versorgt.

Diese Resultate mussten dazu anregen, die verschiedenen Angiothryptoren in geeigneten Fällen anzuwenden und diese günstige Wirkungsweise der Instrumente nachzuprüfen.

In der That hätte es als ein grosser und bedeutungsvoller Fortschritt begrüsst werden müssen, wenn man im Stande gewesen wäre, unter Benützung entsprechend construirter Instrumente durch die Compression der Gewebe und Gefässe allein eine definitive und sichere Blutstillung zu erzielen. Hiedurch hätte die ganze operative Technik eine bedeutende Vereinfachung erfahren: Die Ligaturen wären überflüssig geworden und die Klammermethode mit den ihr anhängenden Nachtheilen wäre verdrängt worden.

Die Erfahrungen, welche an der Tübinger Klinik bei den von Professor Döderlein unter Anwendung verschiedener Angiothryptoren ausgeführten Operationen gemacht wurden, widersprechen den von Thumim aus der Landau'schen Klinik veröffentlichten günstigen Erfolgen, wesshalb Professor Döderlein sich schon mehrfach, so auch auf der Münchener Naturforscherversammlung veranlasst sah, bei der Anwendung der Angiothrypsie „zur äussersten Vorsicht“ zu mahnen.

Im Folgenden sollen die Resultate mitgetheilt werden, welche an der Döderlein'schen Klinik mit den verschiedenen Angiothryptoren gemacht wurden.

Im Ganzen wurde bei 150 Operationen von der Angiothrypsie Gebrauch gemacht und zwar bei:

96	Laparotomien
52	Totalexstirpationen
1	vaginalen Ovariotomie
1	Nierenexstirpation
150	

Die Indicationen zu den 96 Laparotomien waren folgende:

58	Ovarialtumoren
31	Myome
2	Haematocelen nach Tubenabort
3	Adnexerkrankungen
2	Funduscarcinome
96	

Die 52 Totalexstirpationen wurden ausgeführt:

8 mal	wegen	Cervix resp. Portiocarcinom
4 mal	„	Funduscarcinom
16 mal	„	totalem Prolaps
20 mal	„	Myom
2 mal	„	chronischer Endometritis
2 mal	„	Adnexerkrankungen
52		

Von diesen Operirten sind im Ganzen 4 gestorben: 1 nach Myomlaparotomie in Folge einer Lungenembolie und 3 nach vaginalen Totalexstirpationen, welche in 2 Fällen wegen Myom und im 3. Falle wegen totalen Prolapses ausgeführt wurden. Die Kranke, welche wegen des Prolapses operirt wurde, ging an einem pyaemischen Process zu Grunde. Bei den beiden anderen Operirten (Myomtotalexstirpation) trat eine Nachblutung auf, an welche sich eine Peritonitis anschloss.

Während also von diesen 4 Todesfällen 2 nicht mit der Angiothrypsie in Zusammenhang gebracht werden können, muss der schlechte Erfolg nach den Myomtotalexstirpationen dieser Operationsmethode zur Last gelegt werden.

Die letal verlaufenen Fälle boten folgende Einzelheiten:

I. Fall. Eine 46 jähr. Kranke, welche einmal geboren hatte, leidet seit mehreren Jahren an starken menstruellen Blutungen, verbunden mit heftigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz.

Bei der Untersuchung findet man rechts neben dem Uterus mit demselben in breiter Verbindung einen ca. faustgrossen, kugeligen, fibromharten Tumor, durch welchen der Fundus nach links verdrängt wird. An der Oberfläche des Uterus fühlt man mehrere tuberöse Höcker.

Die Operation (Prof. Döderlein) wurde in der Weise ausgeführt, dass mit dem Elektrokauter die vordere und hintere Scheidenwand sammt Peritoneum durchtrennt, hierauf die Blase abgeschoben und das Peritoneum mit der Scheere incidirt wird. Die vordere Uteruswand wird so hoch als möglich gespalten und alsdann ein Bohrer in das Myom eingesetzt; durch Zug an diesem lässt sich ein ca. kleinfaustgrosses Myom extrahiren. Es gelingt nun den vergrösserten Uterus mittels Zangen vor die Vulva zu ziehen. Nach medianer Spaltung des myomatösen Uterus wird der Tuffier'sche Angiothryptor abwechselnd an das rechte und alsdann an das linke Lig. angelegt; nach 3 Minuten wird das Instrument wieder abgenommen. Da es an mehreren Stellen blutet, so werden zur Sicherheit einige Ligaturen angelegt. Vollständiger Abschluss der Scheiden-Peritonealwunde.

Am 2. Tage nach der Operation tritt hohes Fieber (38,9 i. ax.) auf, die Scheide wird wieder eröffnet, worauf sich eine ziemliche Menge übelriechenden Blutes entleert.

Das Fieber nahm immer mehr zu und am 5. Tage trat der Exitus ein, nachdem sich deutliche Symptome einer allgemeinen Peritonitis eingestellt hatten. Die Section bestätigte diese Diagnose.

II. Fall. Eine 54 jähr. Mehrgebärende hat seit mehreren Wochen unregelmässige Blutungen, die auf ein ca. faustgrosses interstitielles Myom zurückzuführen sind. Bei der Operation (Totalexstirpation per vaginam) wird nach Eröffnung der Bauchhöhle die vordere Uteruswand median gespalten und Uterus sammt Tumor nach vorne umgestülpt. An beide Parametrien wird der Reihe nach die Thumim'sche Hebelklemme angelegt. Nachdem dieselbe 3 Minuten lang eingewirkt hatte und beiderseits die Ligamente abgetrennt worden waren, wird sie wieder abgenommen. Da einige Stellen am Parametrium bluten, so werden zur Sicherheit mehrere Ligaturen angelegt.

Am Abend des 1. Tages nach der Operation stellte sich Fieber (38,6 i. ax.) ein; im Verlaufe des 4. Tages trat plötzlich ein Collaps auf. Es wird nun die Scheidenwunde eröffnet, wobei sich eine ansehnliche Menge frischen und alten Blutes entleert. Einlegen eines Gummi-T-Drain. Am Abend des 4. Tages tritt der Exitus ein.

Bei der Section fand man im Becken faustgrosse Blutgerinnsel und im Hypochondrium eine geringe Blutansammlung; ausserdem war eine locale Peritonitis vorhanden.

In beiden Fällen handelte es sich um Myomtotalexstirpationen per vaginam; in dem einen wurde am 2., in dem anderen am 4. Tage nach der Operation die Scheidenwunde eröffnet. Beidemal entleerte sich eine reichliche Menge Blutes, das in einem Falle übelriechend war. Obgleich durch Einlegen eines Gummi-T-Drain für Abfluss gesorgt wurde, und desinficirende Ausspülungen gemacht worden waren, kam es doch zu einer Peritonitis, die am 4. resp. 5. Tage den Exitus herbeiführte.

Es kam also trotz Angiothrypsie zu einer Nachblutung, obgleich zur Sicherheit Ligaturen an die nach Abnahme des Instrumentes blutenden Stellen gelegt wurden. Diese Blutung verursachte die tödtliche Peritonitis, welche ohne dieselbe sicherlich nicht eingetreten wäre, denn man muss annehmen, dass sich das ergossene Blut zersetzte und zu Infection des Peritoneums Veranlassung gab.

Es wurden natürlich nicht alle überhaupt angegebenen Angiothryptoren geprüft; unsere Erfahrungen beziehen sich auf die Instrumente von Doyen, Tuffier und die Hebelklemme von Thumim. Ausserdem kam in mehreren Fällen noch ein nach dem Thumim'schen Instrumente gebauter Angiothryptor zur Anwendung, an welchem statt des Excenterhebels eine Compressionsschraube angebracht wurde und dessen Druckgrösse der des Thumim'schen Instrumentes entsprach, was durch besondere Messungen geprüft wurde. Beim Vergleiche der einzelnen Instrumente hat sich gezeigt, dass das Doyen'sche den übrigen Instrumenten an Wirkungsweise nachsteht.

Was nun die anderen Angiothryptoren betrifft, so hat die Hebelklemme von Thumim trotz der neuen Modification den Nachtheil, dass dieselbe sich sehr schwer schliessen lässt, wodurch eine Zerrung, ja Zerreissung des Gewebes manchmal unvermeidbar ist. Da das Instrument nur auf eine Compressionsgrösse eingestellt ist und nicht wie das Tuffier'sche oder mit Compressionsschrauben versehene Angiothryptoren je nach der Dicke der gefassten Gewebsmasse mehr oder weniger geschlossen werden können, so eignet sich das Thumim'sche Instrument nicht für verschieden dicke Stielmassen. Es sei hier übrigens bemerkt, dass wir die mit Compressionsschraube versehenen Instrumente immer so viel als irgend möglich zusammengeschraubt haben.

Das Tuffier'sche Instrument, welches nahezu ebenso wirksam ist, wie das von Thumim, presst zwar das Gewebe sehr dünn zusammen, hat aber den grossen Nachtheil, dass das Maul zu kurz ist. Daher kommt es auch, dass bei seiner Anwendung öfters das Gewebe in den Verschlusstheil des Instrumentes hineingequetscht wird.

Bei Anwendung des Instrumentes von Doyen zeigten sich in zahlreichen Fällen sofort nach Abnahme des Instrumentes spritzende Gefässe. Die Pressfurchen waren nicht so intensiv und deutlich, wie bei den anderen Instrumenten, was besonders bei Laparotomien sehr bequem beobachtet werden konnte.

Keines der erwähnten Instrumente war aber trotz Benützung der originalen Modelle und trotz vorschriftsmässiger Anwendung im Stande, in allen Fällen gleichmässig eine absolut sichere Blutstillung zu erzielen.

Wenn auch zugegeben werden muss, dass in einer Anzahl von Fällen die Wirkung eine erfolgreiche war, so beobachtet man doch immer wieder, dass einige Zeit nach Abnahme des Angiothryptors die Pressfurchen durch das nachdrängende Blut ausgeglichen werden und dass es zu einer Blutung aus dem Stumpfe kommt, ja dass sogar eines oder mehrere Gefässe spritzen, obgleich das Instrument die vorgeschriebene Zeit eingewirkt hatte.

Nach unseren Erfahrungen muss es daher als ein kühnes Wagniss angesehen werden, wenn das angiothrypsirte Gewebe ohne nachfolgende Ligatur sich selbst überlassen wird.

Lässt sich auch mittels der Angiothrypsie das gewünschte Ziel keineswegs in allen Fällen erreichen, so hat dieselbe doch den Vortheil, dass besonders bei dicken, fleischigen Ligamenten und Stielen die lamellenartige Verdünnung des Gewebes das Anlegen der Ligaturen erleichtert. Ausserdem kommen die oft so störenden Blutungen aus den Stichcanälen, die immer wieder neue Umstechungen nothwendig machen, in Wegfall, wenn sofort nach Abnahme des Instrumentes die Ligaturen angelegt werden; auch die Möglichkeit des Abgleitens einer Ligatur ist wesentlich verringert.

Die Angiothrypsie ist wegen ihrer unsicheren Wirkung vorerst nicht im Stande, die Ligaturen zu ersetzen oder die Klammern zu verdrängen. (Vergl. den Nachtrag auf S. 1796 dieser Nummer.)

Beitrag zu den intratendinösen Ganglien.*)

Von Dr. Morian in Essen-Ruhr.

M. H.! Durch die Veröffentlichung Hofmann's: „Ueber Ganglienbildung in der Continuität der Sehnen" in der No. 50 des Centralbl. f. Chirurg. vom Jahre 1899 wurde ich an eine ähnliche Beobachtung erinnert, die ich verflossenen Sommer im Steeler Krankenhause zu machen Gelegenheit hatte. Die Seltenheit des Leidens mag die kurze Mittheilung rechtfertigen.

Ein 14½ jähriger Knabe begann seine Bergmannslaufbahn im Juli v. J. in der Lampenbude. Schon nach 8 Tagen dieser einförmigen Lampenputzarbeit bemerkte er ein Knötchen auf dem linken Handrücken. 14 Tage darauf stellten sich Schmerzen in der ganzen linken Hand ein und der Handrücken begann zu schwellen, die Haut röthete sich. Unter Jodanstrich und Ruhe verloren sich Schwellung, Röthung und Schmerzhaftigkeit im Laufe einer Woche, um beim ersten Versuche, die Arbeit aufzunehmen, wiederzukehren. Jede Bewegung der 4 letzten Finger, besonders des Zeigefingers rief Schmerz hervor, auch als die Röthung wieder verschwunden und die Schwellung bis auf ein Knötchen am Handrücken gewichen war. Daher entschloss sich der Kranke bald, auf den Rath seines Arztes (Herrn Dr. Schnütgen), zur Operation.

Patient verlegte den Sitz der Schmerzen bei Fingerbewegungen in ein dickbohnengrosses Knötchen, das mitten auf dem Handgelenkrücken unter intacter Haut in der Gegend der gewöhnlichen Ganglien lag und als solches auch angesprochen wurde.

In Aethernarkose unter Blutabschluss wurde am 11. VIII. 1899 über dem Corpus die Haut längs gespalten und beim Vordringen auf das Knötchen die Scheide des gemeinsamen Fingerstreckers eröffnet, es floss wenig schleimige Flüssigkeit ab. Nun zeigten sich die beiden Strecksehnen des Zeigefingers in gleicher Höhe kolbig aufgetrieben, wie von innen aufgeblasen, bis zum Durchmesser der doppelten Sehnenbreite. Die sonst normalen Sehnenfascikel waren auseinander gewichen, aus den Zwischenräumen drängten sich perlmutterfarbige Beutelchen, oberflächlich roth geädert. An die beiden Sehnen zog sich je ein spinngewebsdünner hochrother Schleier von hinten herum. Beim Anschneiden floss

*) Vorgetragen in der Sitzung der Vereinigung Niederrhein.-Westph. Chirurgen zu Düsseldorf am 24. Juni 1900.

aus den Beutelchen, sie standen nicht alle untereinander offen in Verbindung, klare Gallerte. Nun wurde die Wand der Cystchen, so gut es ging, unter Erhaltung der Sehnencontinuität fortgenommen, auch die Membranen entfernt, zuletzt die Sehnenscheide, darüber die Haut vernäht. Die Heilung erfolgte mit etwas hypertropher, doch verschieblicher Hautnarbe bei völlig freier Beweglichkeit der Finger. Wie eine Nachuntersuchung aus den letzten Tagen bestätigte, ist die linke Hand vollkommen schmerzfrei, an den Sehnen nichts von einem Recidive nachzuweisen. Von einer späteren Schleimbeutelentzündung trägt Patient vor dem linken Knie eine hypertrophirte excoriirte Narbe.

Dass es sich hier um intratendinöse Ganglien gehandelt hat, ist nach dem Befunde meines Erachtens nicht zu bezweifeln, zu einer mikroskopischen Untersuchung fehlte bei dem eingeschlagenen Verfahren, das einer Discission gleich kam, das nöthige Material. Sehnenscheidentuberculose, für deren Vorhandensein ausser etwa den rothen Schleiern kein Zeichen sprach, pflegt die Sehne von aussen her aufzufasern. Die kleinen Ganglien, deren Ausgang im interfolliculären Bindegewebe gesucht werden muss, drängten die sonst gesunden Sehnenfasern von innen her auseinander. Die Röthung der Sehnenbändchen und die Injection der Ganglienwand deutete auf einen gewissen Grad von Entzündung, die sich zuvor zweimal vorübergehend zu heftigerer Tendovaginitis mit Hautröthung gesteigert hatte. Zwanglos erklärte sich dieselbe als secundär hervorgerufen durch die Reibung der beiden Knötchen an ihrer Umgebung bei dem ständigen Einerlei der Drehbewegungen, wie sie beim Cylinderputzen ausgeführt werden. Jedoch wäre es auch möglich, dass dieser Gefässreichthum für die Entwicklung der Ganglien eine Bedeutung besässe, was Hofmann für die carpalen Ganglien anzunehmen geneigt ist. Stähly und Ledderhose bestätigten durch die Ergebnisse ihrer mikroskopischen Untersuchungen die alte Teichmann'sche Auffassung der Ganglien als Colloidcysten, und zwar wird nach Ledderhose die Anfangs meist multipele colloide Entartung des Bindegewebes durch eine Endarteriitis der kleinen Gefässe eingeleitet und endigt im Reifestadium mit einer einkammerigen Colloidcyste. Ritschl und Thorn gelangten im Wesentlichen zu gleichen Resultaten.

Lieblingssitz der Ganglien ist der Handrücken, ganz besonders bezeichnet Ledderhose das Fettbindegewebsläppchen in der Nische zwischen Os scaphoideum und lunatum einerseits, Os multangulum minus und capitatum andererseits, welches bei der Handstreckung vielfachem Drucke ausgesetzt ist und dazu noch unter schlechter Ernährung leidet, als den Mutterboden derselben. Bei ihrem Wachsthum drängen sich diese Ganglien zwischen den Sehnen des Extensor communis und Extensor radialis brevis bezw. pollicis longus unter die Haut.

Ganglien kommen in der Regel an Gelenken und Sehnenscheiden, selten zwischen Periost und Knochen (Riedinger-Stähly) und in Gelenkbändern (Ligamenta cruciata des Knies nach Volkmann) vor, der intratendinöse Sitz eines Ganglion wurde bisher nur zweimal[1]) beschrieben, einmal von Thorn auf der v. Bergmann'schen Klinik, und zwar war dabei auch die Zeigefingerportion des gemeinsamen Fingerstreckers betroffen, ein zweites Mal von Hofmann auf der Witzel'schen Abtheilung des Bonner Marienhospitales am Peroneus tertius. Im ersten Falle wurde eine Continuitätsresection vorgenommen, im letzten die äussere Wand des Ganglion entfernt, der Rest der Sehne von innen nach aussen umgedreht und seitlich zusammengeheftet. Eine theilweise Fortnahme der Cystenwände, welche der von Ledderhose für nicht ausgereifte Ganglien empfohlenen Discission gleichkam, führte in unserem Falle zum Ziele, das Knötchen war wenig über 4 Wochen vor der Operation bemerkt worden.

Ueber Leichenerscheinungen und ihre Zeitbestimmung.

Von Landgerichtsarzt Dr. Wetzel.

Die Veränderungen, welchen eine Leiche vom Moment des Todes an unterworfen ist, sind von so vielen Bedingungen abhängig, dass es nicht selten zu den schwierigsten ärztlichen Aufgaben zu zählen ist, die seit dem Tode verflossene Zeit annähernd richtig zu bestimmen. Haben wir schon bei der Beurtheilung gewisser Erscheinungen am Lebenden mit der individuellen Beschaffenheit des Individuums zu rechnen, so kommt hier ausserdem noch eine ganze Reihe ausserhalb des todten Körpers gelegener Momente in Betracht, welche die Bestimmung im einzelnen Falle recht unsicher zu machen geeignet sind. Die Schwierigkeiten wachsen natürlich, je längere Zeit nach dem Tode verflossen ist und sind in den spätesten Stadien schon um desswillen kaum zu bewältigen, weil, wenn der Zersetzungsprocess einer Leiche einmal einen gewissen Grad erreicht hat, derselbe oft längere Zeit stationär bleibt, so dass z. B. eine grünfaule Leiche von 1 und von 3 Monaten nicht zu unterscheiden ist (Casper-Liman).

Bezüglich der Früherscheinungen stimmen ja die Autoren — Casper, Maschka, v. Hofmann — überein, dass eine Leiche nach 8—12, auch 17 Stunden äusserlich erkaltet ist, dass die Todtenflecke sich nach 3—12 Stunden zu zeigen pflegen und dass die Todtenstarre, extreme Fälle abgerechnet, 2—4 Stunden nach dem Tode auftritt, von oben nach unten fortschreitet und nach 1½ bis 3 Tagen zu verschwinden pflegt. Es ist daher nach Casper-Liman anzunehmen, dass eine Leiche, welche nur die Erscheinungen des Erbleichens, Erkaltens, der Reactionslosigkeit und der Muskelerschlaffung zeigt, längstens 10—12 Stunden todt ist, dass der Tod ferner vor längstens 2—3 Tagen eingetreten ist, wenn der Augapfel weich wird, das Muskelfleisch sich abgeplattet hat, Todtenflecke und Leichenstarre vorhanden ist, die Leiche den specifischen Leichengeruch erkennen lässt und die Bauchdecken sich grün zu verfärben beginnen. Für spätere Stadien sehen die meisten Autoren von einer bestimmten Zeitangabe ab, nur Casper hat auf Grund seiner vielfachen Erfahrung für Leichen, die an der Luft gelegen sind, folgendes Schema aufgestellt. Man könne annehmen, dass wenn, abgesehen von den schon angegebenen Veränderungen, die grüne Verwesungsfarbe auch an anderen Stellen des Körpers aufgetreten sei, wenn Schaum aus Mund und Nase trete, der Tod vor längstens 3—5 Tagen erfolgt sei. Muthmaasslich 8—12 Tage seien seit dem Tode verflossen, wenn die Leichen am ganzen Körper grün-röthliche Verfärbung mit rothen Hautvenensträngen zeigten, der Unterleib stark aufgetrieben und die Hornhaut eingesunken sei, mindestens 14 bis 20 Tage, aber auch 3 Monate, wenn die Leichen froschgrün und blutrothbraun, die Oberhaut in Blasen abgehoben, das Zellgewebe emphysematös, der Körper unförmig aufgeschwollen sei, die Nägel abgelöst und Gesichtszüge und Augenfarbe nicht mehr kenntlich wären, während nach 4—6 Monaten putride Einschmelzung, Sprengung der Körperhöhlen durch Fäulnissgase, Leerheit der Augenhöhlen, breiiger Zerfall der Weichtheile mit Freilegung der Knochen zu erwarten sei.

Für Wasserleichen macht Casper ähnliche Zeitangaben mit dem Abmaasse, dass Leichen, die im Winter im Wasser gelegen sind, mehr als die doppelte Zeit gebrauchen, um dieselben Veränderungen zu zeigen, die sich im Sommer einstellen.

Auch stammt von ihm der Satz, dass Luft, Wasser und Erde bezüglich der Leichenerscheinungen sich verhalten wie 1:2:8, d. h. dass ein Zeitmaass des Aufenthaltes in der Luft dieselben Erscheinungen hervorbringe, wie 2 Zeitmaasse in Wasser und 8 Zeitmaasse Aufenthalts im Erdgrab; endlich hat er ein Verzeichniss der einzelnen Körperorgane nach der Reihenfolge ihrer Verweslichkeit aufgestellt, woraus unter anderem hervorgeht, dass die Lunge verhältnissmässig schwer fault bezw. verwest und dass der Uterus diesem Process am längsten zu widerstehen vermag.

In letzterer Beziehung dürfte auf einen Fall von Riedel (Münch. med. Wochenschr. 1899, S. 767) hinzuweisen sein, in welchem 1¾ Jahre nach dem Tode noch ein bestimmtes Urtheil über den nicht schwangeren Zustand des Organes möglich war.

Es wird aber doch zweifellos häufig die Erfahrung gemacht, dass Leichen, deren Todeseintritt einem der angeführten Zeitabschnitte entspricht, in einem viel fortgeschritteneren Stadium der Zersetzung sich befinden, als man nach Obigem annehmen sollte, so dass man bei Obductionen in difficilen Fällen seine Noth hat, feinere Veränderungen zu constatiren, wie Schreiber Dieses erst jüngst bei einem Falle von Erwürgung erfahren musste, wo die Halsorgane bereits am 2. Tage so von Blutfarbstoff imbibirt waren, dass geringere Blutaustritte nicht mehr hätten constatirt werden können. Es wird auch z. B. die Leiche eines im Walde Erhängten sich eher zersetzen als die eines regulär Aufgebahrten. Bei eingescharrten Leichen kommt es auf die Höhe des aufgeschichteten Erdreichs — abgesehen von

[1]) **Neuerdings hat Borchardt aus der v. Bergmann'schen Klinik über ein Ganglion der Bicepssehne in der Ellenbeuge in der Freien Vereinigung Berliner Chirurgen berichtet.**

der sonstigen Beschaffenheit des Bodens — an; längere Aufbewahrung in einem Bette scheint den frühzeitigen Einfluss der Fäulniss sehr zu begünstigen. Erst jüngst — im kühlen Mai — wurde eine Bettleiche 3 Tage nach dem Tode obducirt, die im Gesicht schwarz und unförmig gedunsen, daher nahezu unkenntlich war, bei der das Unterhautzellgewebe emphysematös und die Oberhaut theilweise in Blasen abgehoben war, während die Haut ein grünlich-röthliches Colorit hatte und die daher viel älter zu taxiren gewesen wäre als sie wirklich war. Der Grund dieser frühen Fäulniss beruht wohl weniger auf den physikalischen Eigenschaften des Bettes, als darauf, dass die in Frage kommenden Betten wohl meist a priori als Brutstätten der Zersetzungskeime anzusehen sind, wobei allerdings noch der Umstand in Betracht zu ziehen ist, dass die Leichen länger warm bleiben.

Mit Rücksicht auf die Verschiedenheit der in Betracht zu ziehenden Verhältnisse wird die Aufstellung des Casper'schen Schemas nicht allseitig gebilligt, und vindicirt besonders Schauenstein demselben nur einen historischen Werth. Ueber Details lässt sich ja gewiss streiten, es dürfte aber wohl klar sein und auch mit Casper's Anschauungen übereinstimmen, dass es niemals angeht, sich sklavisch an irgend eine Regel zu halten.

Die Regel, zu individualisiren hat für den gerichtlichen Sachverständigen, wie überhaupt in der Medicin so auch in diesen Fällen, ihre hohe Bedeutung, und unter dieser Voraussetzung wird die Casper'sche Aufstellung wahrscheinlich auch noch vielen Anderen als dem Schreiber dieses ein guter Behelf zur Bekämpfung der bestehenden Schwierigkeiten sein. Man wird dabei gut thun, sich die Frage vorzulegen, in welch' kürzester Zeit wohl die constatirten Leichenveränderungen eintreten könnten oder schon thatsächlich beobachtet wurden und wenn man dann diesen Termin je nach den begleitenden Umständen, Jahreszeit, tellurischen Einflüssen, Wechsel des Aufenthaltsmediums, Todesart, individueller Leibesbeschaffenheit u. a. m. modificirt, so wird man dann wohl zu einem annähernd richtigen Resultat gelangen.

Schreiber dieses erinnert sich einer ihm wohlbekannten Ertrunkenen, deren Gesicht nach nur 3—4 tägigem Aufenthalt im Wasser vollständig unkenntlich, unförmig aufgeschwollen und ganz schwarz, mulattenförmig verfärbt war, es herrschte aber damals eine abnorm hohe gewitterschwüle Temperatur.

Desgleichen wurde eine Ertrunkene obducirt, die folgenden Befund bei der äusseren Besichtigung bot: Die Leiche war unförmig aufgeschwollen, emphysematös. Die Hautfarbe war schwarz bis dunkelgrün, mit rothen Hautvenensträngen untermischt. Haare, Epidermis, Nägel waren überall abgelöst, die Gesichtszüge natürlich unkenntlich. Von der Leiche tropfte beständig stinkendes Serum ab, der Geruch war pestilenzialisch. In der einen Orbita waren Fäulnissgase angesammelt, durch welche beim Auseinanderziehen der Lider der Bulbus sofort luxirt wurde; beim Aufsägen der Schädelhöhle wurde das in einen stinkenden Brei verwandelte Gehirn mit explosionsartigem Geräusch herausgeschleudert.

Nach dem Casper'schen Schema entspräche dieser Befund etwa einem Alter der Leiche von 4—5 Wochen. Aber die Leiche hatte im heissen Sommer noch 2 mal 24 Stunden in der Luft gelegen, und mit Rücksicht darauf wurde sie bei der Begutachtung bezüglich der Todeszeit in eine frühere Kategorie versetzt und für 2—3 Wochen alt erklärt. Beschaffenheit der Musculatur und des Unterhautzellgewebes sprachen für eine junge Person; ausserdem konnte constatirt werden, dass dieselbe deflorirt und nicht schwanger war, sowie keine äusserlichen Verletzungen an sich trug. Auffallend gut waren die Lungen erhalten, welche, grösstentheils lufthaltig, zahlreiche kleinste luftleere Partien enthielten, welche der Annahme nicht widersprachen, dass es sich hier um intra vitam aspirirtes Wasser handelte. Für die spätere Agnoscirung wichtig war das Fehlen des einen Augapfels. Nach Wochen wurde constatirt, dass sich 50 km flussaufwärts eine 18 jährige einäugige Fabrikarbeiterin nach vorangegangenem Streite mit ihrem Geliebten 14 Tage vor Auffindung der Leiche ertränkt hatte.

Von Interesse dürften ferner folgende Fälle sein:

Ende October 1899 und Ende Mai 1900 wurde je eine faule Leiche eines Neugeborenen secirt, die äusserlich ungefähr das gleiche Bild boten, und bei denen die Lungen derartig mit Fäulnissblasen besetzt waren, dass die hydrostatische Lungenprobe kein zuverlässiges Resultat mehr liefern konnte. Die Lunge des zweiten Kindes war aber entschieden schlechter.

Es ergab sich, dass das erste Kind 4 Wochen im Wasser gelegen hatte, während das zweite 3 Wochen lang verscharrt war. Eigentlich hätte man bei dem ersten Kind die fortgeschrittenere Fäulniss erwarten sollen, aber dasselbe war unmittelbar nach seinem — höchst wahrscheinlich unnatürlichen — Tode in's Wasser geworfen worden, während das zweite 2 Tage im Bett der Mutter aufbewahrt und dann im Mai zu einer zwar regnerischen und kühlen, aber immerhin etwas wärmeren Witterung als im October, nur oberflächlich in einem Sack eingewickelt, verscharrt wurde.

Solche mit den von Casper aufgestellten Regeln scheinbar in Widerspruch stehende Fälle dürften also doch nur die Nothwendigkeit strengen Individualisirens beweisen.

Ausser den chemischen Einflüssen der Fäulniss sind aber schlecht verwahrte Leichen besonders noch den mechanischen Wirkungen des Thierfrasses durch alle möglichen Schmarotzer, Fliegenmaden, Tausendfüssler, Würmer, Ameisen, Füchse, Ratten, Fische, Krebse u. a. m. ausgesetzt. Bekannt sind die scharfen, senkrecht in die Tiefe gehenden bogenförmigen Defecte durch Rattenfrass. v. Hofmann bildet in seinem Atlas der gerichtlichen Medicin den Unterschenkel eines Kindes ab, der in 4 Stunden von Ratten völlig skelettirt wurde, dessgleichen eine grösstentheils skelettirte von Fliegenmaden aufgezehrte Leiche eines erst vor 16 Tagen verstorbenen Mannes. Casper erwähnt, dass ihm ein neugeborenes Kind in 2 Tagen von Fliegenmaden bis auf die Knochen verspeist wurde, und allgemein anerkannt ist, dass in der Luft liegende Kindesleichen in 10 bis 14 Tagen von Maden bis auf geringe Reste verzehrt werden können, während dieselben mit Leichen Erwachsener erst in 1 bis 3 Monaten fertig werden.

Bei dem Grabe entnommenen Leichen wird über die Zeit des Todes ja meist kein Urtheil nöthig sein, im Uebrigen wären hier die Schwierigkeiten noch viel grösser. Dass man indess bei Exhumationen nicht selten ganz überraschend gut conservirte Leichen findet, ist ja bekannt. Schreiber Dieses konnte in einem Falle sogar nach 4 Monaten ein völlig erschöpfendes Sectionsprotokoll aufnehmen. Hier lag die Leiche im Winter im Lehmboden, die Extremitäten waren saponificirt, die inneren Organe aber noch so gut erhalten, dass z. B. ein alter apoplektischer Herd im Gehirn noch sehr deutlich nachgewiesen werden konnte. Bei einer anderen mehrere Jahre nach dem Tode exhumirten Leiche waren nur noch die Knochen vorhanden, daneben aber eine solche Unmasse von Fliegenpuppenhüllen, dass dadurch allein schon der Beweis für die heute nicht mehr bestrittene Thatsache geliefert war, dass die Fliegenmaden zur Leiche auch durch das Erdreich des Grabes hindurch gelangen können.

Es möge nun gestattet sein, noch die speciellen Eigenthümlichkeiten der späteren Leichenerscheinungen kurz zu besprechen. Als solche kennen wir die Fäulniss und Verwesung, die Fettwachsbildung und die Mumification.

Die Fäulniss ist das Einleitungsstadium jedes Leichenzersetzungsvorgangs und vollendet ihr Werk entweder selbstständig oder sie wird je nach Umständen unterbrochen und geht dann in eine der anderen Modificationen über. Indem hiebei die Eiweisskörper in immer niedrigere Verbindungen umgewandelt werden, entstehen die bekannten übelriechenden gasförmigen Producte. Chemisch charakterisirt sich die Fäulniss als ein Reductionsvorgang, mächtig angeregt durch den freien Wasserstoff, dem man viel in faulenden Flüssigkeiten begegnet und bedingt durch die Thätigkeit von Saprophyten, den unter dem Collectivnamen Bacterium termo zusammengefassten Fäulnissbacterien, welche als facultativ anaerobe Bacterien ihre charakteristischen Producte auch bei Luftabschluss bilden. Andererseits bewirkt Zutritt von Luft zu faulendem Eiweiss sehr kräftige Oxydationen mit den Endproducten Kohlensäure, Wasser, Salpetersäure und salpetriger Säure, welchen Process man als Verwesung bezeichnet. Oxydative und reducirende Vorgänge, also Verwesung und Fäulniss sensu strictiori gehen aber vielfach Hand in Hand, und es tritt erstere auf bei Vorhandensein von Sauerstoffüberfluss und wenig Wasser, während die Grundbedingung für die Fäulniss viel Wasser und Mangel an Sauerstoff ist. Man findet daher oft die Leichen äusserlich verwest, innerlich verfault.

Es können auf diese Weise im Erdgrab Leichen Neugeborener schon nach 3¼ bis 4 Monaten, solche Erwachsener nach eben so viel Jahren bis auf die Knochen zerstört werden, während dies in der Luft bereits nach Jahr und Tag eingetreten sein kann. Schauenstein fand den in einem Düngerhaufen vergrabenen Oberschenkel eines Kindes sogar schon nach 22 Tagen bis auf die Knochen und einige Reste der Haut zerstört.

Schreiber dieses verfügt über eine Beobachtung, wo die Leiche eines Neugeborenen genau 4 Monate nach seiner Geburt und seiner durch die Mutter erfolgten Tödtung in einer Abtrittgrube auf-

gefunden wurde. Der Zustand war bei der Ende Juni vorgenommenen Obduction folgender:

Die 3 Körperhöhlen waren eröffnet und ihr Inhalt verschwunden. Die Schädelhöhle war gesprengt, die Knochen aber noch lose in ihren Verbindungen, so dass die Configuration des Schädels einigermaassen reconstruirt werden konnte. Dessgleichen waren die Bänder der Wirbelsäule noch nicht völlig zerstört und 1 Arm und 1 Bein noch lose in Zusammenhang mit dem Rumpf. Am Schädel fehlte die Kopfschwarte grösstentheils, doch hafteten noch Haare an den Knochen, die Gesichtsweichtheile bildeten eine breiige Masse. Die Brusthöhle war sammt ihren Bedeckungen verschwunden, das Sternum fehlte, die Rippen lagen losgelöst durcheinander, die Reste der Lunge stellten eine graugrüne schmierige Masse in der Nähe der Wirbelsäule dar. Bauchdecken und Baucheingeweide fehlten, das Becken war in seine einzelnen Knochen zerfallen, ein Geschlecht konnte nicht festgestellt werden. Es fehlte der linke Unterschenkel und der linke Vorderarm. Schmierige Weichtheile mit Haut befanden sich nur noch an den erhaltenen Extremitäten, die Knochen konnten daselbst leicht herausgezogen werden.

Aus dem Zustand der Haare, der Zahnanlage, der Länge der vorhandenen Knochen, dem Fehlen eines Knochenkerns in der erhaltenen Oberschenkelepiphyse konnte das Alter des Kindes mit 32—36 Wochen bestimmt werden, was auch mit den nachträglichen Erhebungen übereinstimmte.

Eine zweite Beobachtung möge ebenfalls hier Platz finden:

Es lagen einzelne Knochen eines neugeborenen Kindes vor, die im Herbst vorgenommene Untersuchung konnte sich also nur auf die Begutachtung der Knochen erstrecken. Auffallend war, dass an vielen Knochen Federn von Hühnern fest angeklebt waren. Die Kindesreste wurden unter dem halboffenen Dache eines Holzschuppens gefunden und gab der Besitzer desselben an, dass es ihm längere Zeit aufgefallen sei, dass sich die Hühner so sehr viel auf diesem Schuppen zu schaffen machten.

Es ist wohl nicht anzunehmen, dass die Hühner das Fleisch des Kindes verzehrt haben sollten, wahrscheinlicher ist wohl, dass sie den auf der faulenden Leiche sich befindlichen Maden nachgegangen sein werden. Die Geburt des Kindes datirte auf 6 Monate zurück.

Wie bemerkt, kann aber Fäulniss und Verwesung auch zum Stillstand kommen und in Fettwachsbildung oder Mumification übergehen. In ihren Entstehungsbedingungen entspricht die Adipocirebildung der Fäulniss — Mangel an Sauerstoff, Gegenwart von reichlich Wasser —, die Mumification der Verwesung — Sauerstoffüberschuss und wenig Wasser —. Beides sind complicirte chemische Vorgänge und beidemale verringert sich durch innere Zersetzungsvorgänge das Gewicht der Leichen beträchtlich.

Nach Zillner spielt bei der Adipocirebildung die sogen. Fettwanderung eine wichtige Rolle, der Vorgang, dass sich, wie in den früheren Stadien der Zersetzung die Blutflüssigkeiten, später die bei gewöhnlicher Temperatur flüssigen Neutralfette in die Gewebe imbibiren und transsudiren, so dass man solches Fett theils compact, theils flüssig an Stellen findet, wo früher keines war, z. B. in Brust- oder Bauchhöhle, in den Venen. Auf diese Weise erklärt sich z. B. die Verwandlung der Lunge in Adipocire. Im Uebrigen ist es nach den neueren Untersuchungen wohl nicht mehr zweifelhaft, dass Adipocire ausser aus dem Körperfett, besonders dem Unterhautfettgewebe, auch aus Eiweisssubstanzen, also aus Muskelfleisch, gebildet werden kann. Dieser Vorgang ist vielfach — v. Hofmann — bestritten worden, kann aber angesichts der Experimente von Kratter, Erwin Voit und K. B. Lehmann, welch' Letzterer nach 7 Monaten unter Wasser gehaltenes entfettetes Pferdefleisch sich in Adipocire verwandeln sah, nicht wohl mehr bezweifelt werden. Thatsache aber ist, dass Adipocirebildung immer im Unterhautfettgewebe beginnt, also von aussen nach innen fortschreitet.

Chemisch ist Adipocirebildung ebenfalls ein Reductionsvorgang. Das Fettwachs besteht aus einem Gemenge theils freier, theils an Kalk, Magnesia, Natron, Ammoniak gebundener fester Fettsäuren, welche bei der Zersetzung des Körperfetts in Fettsäuren und Glycerin entstehen. Es bleibt dabei nur die feste Palmitin- und Stearinsäure zurück, während das Glycerin und die flüssige Oelsäure, aus welcher sonst mehr als 90 Proc. der Fettsäuren des menschlichen Körpers bestehen, den Körper verlässt bezw. in die obengenannten Säuren sich umwandelt.

Ob diese Umwandlung mit (K. B. Lehmann) oder ohne Mitwirkung von Spaltpilzen geschieht, ist noch zweifelhaft; in einem von Salkowski untersuchten Falle wurde das Innere einer aus Butter entstandenen Adipociremasse steril gefunden.

Fettwachs entsteht, wenn der Verwesungsprocess beeinträchtigt ist, in Leichen, die in feuchten Gräbern oder unter Wasser sich befinden. Bedingung ist ja Feuchtigkeit und Mangel an Sauerstoff. Aus diesem Grunde entsteht die Umwandlung nicht leicht in strömendem Wasser, mit welchem immerhin eine gewisse Menge Sauerstoff an der Leiche vorübergeführt werden kann, sondern in Buchten abseits der Strömung. Interessant ist auch eine Beobachtung Caspers, welcher etwa 4 Monate nach dem Absterben eines 4 monatlichen Foetus im Uterus vollständige Verseifung desselben constatiren konnte.

Adipocireleichen haben einen dumpfigen, käseähnlichen Geruch. Die Körper sind meist abgeplattet, so dass das Brustbein der Wirbelsäule aufliegt und eine eigentliche Brust- oder Bauchhöhle nicht mehr existirt. Dieses Verhältniss dürfte wohl kaum, wie Schauenstein angibt, auf den Druck der Fäulnissgase im unversehrten Sarge zurückzuführen sein (denn die Fäulnissgase stehen, wie man sich bei jeder faulen Leiche überzeugen kann, in den Körperhöhlen ebenfalls unter hohem Druck, wenn aber die Höhlen eröffnet sind, ist der Druck ja gleich), als darauf, dass die Eingeweide verschwinden, und der vorhandene Luftdruck bei uneröffneten Körperhöhlen die Körper abplattet. Denn man findet bei totaler Adipocirebildung fast niemals unterscheidbare Spuren dieser Organe, sondern an deren Stelle rundliche Fettklumpen oder geringe fettartige Reste von rother oder brauner Farbe, welche als das Zersetzungsproduct der mit Blut und anderen Säften erfüllten Eingeweide anzusehen sind.

(Schluss folgt.)

Aus dem physiologischen Institut zu Erlangen.

Ueber Tropon und Plasmon.

Von Dr. Johannes Müller.

Das geflügelte Wort, dass die sociale Frage eine Magenfrage sei, findet seine beste Bestätigung durch die Vergleichung der Durchschnittsnahrung breiter Bevölkerungsclassen mit dem Voit'schen Kostsatz. Voit hat bekanntlich als Kostnorm für einen erwachsenen Mann von 67 kg Körpergewicht bei leichter Arbeit 118 g Eiweiss, 56 g Fett und 500 g Kohlehydrate angesetzt. Als sogen. „Erhaltungsdiät", d. h. als Kostnorm, welche lediglich den Körperbestand erhalten soll, verlangt er 85 g Eiweiss, 30 g Fett und 300 g Kohlehydrate. In welchem Grade z. B. in der Fabrikbevölkerung eine Unterernährung statthat, zeigt die von Flügge untersuchte Kost eines Leipziger Arbeiters, der im Mittel täglich aufnahm:

Verdauliches Eiweiss	Fett	Kohlehydrate
56	37	290

Als Typus der Kartoffelernährung darf das Beispiel einer armen Familie in Luckau dienen, welche Böhm[1]) anführt. Sie bestand aus Vater, Mutter und einem 5 jährigen Kind, und aus dem Verbrauch einer Woche ergab sich als täglicher Durchschnitt für die gesammte Familie 4125 g Trockensubstanz mit im Mittel 152,5 g Eiweiss, 27 g Fett, 1104 g Kohlehydrate. Rechnet man mit Böhm die Hälfte auf den Mann, die zweite Hälfte auf Frau und Kind, dann gelangt man zu dem Resultate, dass der norddeutsche arme Arbeiter im Tage verbraucht:

	Eiweiss	Fett	Kohlehydrate
2026 g feste Nahrung mit	76,3 g	13,5 g	552,0 g
Von denen resorbirbar	60,0 g	12,0 g	500 g

Höchst interessant ist auch das Ergebniss einer statistischen Arbeit, zu welcher Engel zwei Enquêten über die Verhältnisse der belgischen Arbeiterfamilien benützt hat, von welchen die eine im Jahre 1853, die andere im Jahre 1891 angestellt wurde. Die Enquête von 1853 ergab eine Eintheilung der untersuchten Bevölkerungsclasse in 3 Classen: nämlich 1. eine dürftige, 2. eine auskommende und 3. eine sparfähige. Der tägliche Eiweissverbrauch betrug pro Kopf für die

1. dürftige Classe 46,16 g,
2. auskommende Classe 60,25 g,
3. sparfähige Classe 69,92 g.

Nach der Enquête von 1891 liess sich die Bevölkerung entsprechend dem Einkommen in 4 Classen eintheilen, und es ergab sich für dieselben pro Tag und Kopf folgender Eiweissconsum:

erste Klasse (die ärmste)	67,94 g
zweite „	79,16 g
dritte „	97,15 g
vierte „ (begütert)	107,71 g

---

[1]) Citirt nach Eulenburg's Realencyklopädie, Artikel Ernährung.

Die Vergleichung dieser Zahlen mit den Voit'schen Forderungen macht jeden Commentar überflüssig.

Nimmt man noch hinzu, dass auch in der Ernährung der Truppen ein erhebliches Eiweissdeficit besteht[2]) (neben einem kolossalen Fettdeficit), so ergibt sich schon aus nationalökonomischen Gründen die Wichtigkeit der Aufschliessung neuer Eiweissquellen. Dass für die Zwecke der Krankenernährung diese Frage eine ganz besondere Bedeutung hat, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung.

Für die Brauchbarkeit eines Eiweisspräparates kommen nun neben den selbstverständlichen physiologischen Voraussetzungen wesentlich zwei Momente in Betracht. Zunächst der Preis! Für die Zwecke der Krankenernährung wird derselbe ja nicht absolut entscheidend sein, wenn dem Präparate bedeutende therapeutische Vorzüge zukommen; allein für die Volksernährung im Grossen kommt natürlich nur ein Product in Frage, welches ganz erheblich billiger ist, als die entsprechende Eiweissmenge in den natürlichen Nahrungsmitteln. Da man z. B. im Pferdefleisch für eine Reichsmark ca. 434 g Eiweiss und dazu noch 51 g Fett kaufen kann, so folgt daraus, dass den wirthschaftlichen Forderungen nur entsprochen werden könnte, wenn das Kilogramm „künstliches Eiweiss" für 2 M. geliefert würde. Davon sind wir aber leider noch weit entfernt.

Neben der Preisfrage spielen Geschmack und Aussehen eine grosse Rolle. Wie schwer der gewöhnliche Mann an eine ihm unbekannte Nahrung zu gewöhnen ist, weiss man aus einem drastischen plattdeutschen Sprüchwort. Welche Mühe hat es gekostet, den Seefischen Eingang in's Binnenland zu verschaffen! Brücke[3]) erzählt, er habe vergeblich versucht, die Anwohner des Attersees zum Fischfang und damit zur Erhöhung ihrer Eiweissration zu bewegen. Nun gar ein künstliches Präparat in der dem Volke als Medicin imponirenden Pulverform wird nur dann Aussicht auf allgemeine Anwendung haben, wenn es im Geschmack und Aussehen nicht von vornherein missfällt.

Von den zahlreichen künstlichen Eiweisspräparaten der letzten Jahre streiten sich hauptsächlich drei um den Vorrang auf dem Markt: Das Finkler'sche Tropon, das Siebold'sche Milcheiweiss (Plasmon) und das Soson. Obwohl über jedes dieser Producte bereits eine stattliche Literatur vorliegt, hielt ich eine eingehendere Untersuchung derselben nicht für überflüssig, einmal, weil die bisherigen Resultate durchaus noch nicht eindeutig sind, und sodann, weil ich es für ganz besonders wünschenswerth hielt, die Präparate an ein und demselben Individuum zu prüfen. Die Factoren, welche die Ausnutzung eines Nahrungsmittels beeinflussen, greifen so innig in einander, dass man am meisten von vergleichenden Untersuchungen erwarten darf. Werden verschiedene Nahrungsmittel an demselben Individuum und unter denselben Bedingungen geprüft, so wird das Gesammtresultat weniger durch uncontrolirbare Nebeneinflüsse getrübt sein.

Ich berichte im gegenwärtigen Artikel zunächst über zwei am Hund mit Tropon und Plasmon angestellte Stoffwechselversuche. Selbstverständlich lassen sich die Ergebnisse des Thierexperimentes nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen; für die Grundthatsache aber ist der Thierversuch immerhin beweisend. Ja er hat einen Vorzug vor dem Stoffwechselversuch am Menschen in seiner beliebig langen Dauer und in der Einfachheit der Versuchsanordnung. Für die Vergleichung ist er schlechthin entscheidend.

A. Versuche mit Tropon.

Der Versuch wurde an einer jungen, ausgewachsenen Hündin von ca. 9 kg Anfangsgewicht gemacht. Da ihre Katheterisirung Schwierigkeiten machte, so habe ich auf eine scharfe Abgrenzung des täglichen Harnes verzichtet; die ungewöhnlich lange Dauer des Versuches gleicht aber diesen Uebelstand völlig aus. Der in 24 Stunden angesammelte Harn wurde täglich zur selben Zeit weggenommen, gemischt und davon 10 ccm nach Kjeldahl verarbeitet. Es wurden jedesmal zwei Stickstoffbestimmungen gemacht und in den wenigen Fällen, in welchen die beiden ersten Bestimmungen nicht scharf übereinstimmten, eine weitere. Die angegebenen Resultate stellen immer das Mittel aus zwei Bestimmungen dar.

Dem Beginn der Vorperiode ging ein Hungertag voraus, an welchem das Thier behufs Abgrenzung des Kothes ausgekochte Knochen erhielt. Ebenso wurde die Abgrenzung des Kothes zwischen Vorperiode und Troponperiode und dann zwischen Troponperiode und Nachperiode mit Knochen vorgenommen. Der Koth wurde aus dem Käfig so sorgfältig wie möglich entnommen. Da aber das Thier sehr unruhig war und sich häufig mit Koth beschmierte, so konnten bei der Aufsammlung Kothverluste nicht vermieden werden, und es sind desshalb die für den Koth angegebenen Stickstoffwerthe sicher zu klein. Der Koth wurde in einer Porzellanschale bei etwa 60—70° C. so weit getrocknet, dass er ohne Schwierigkeit in einem grossen Mörser gepulvert werden konnte. Das Pulver wurde durch ein sehr feines Sieb gesiebt und der Rückstand nochmals so weit im Mörser zerrieben, bis er ebenfalls die feinen Siebmaschen passirte. Die einzelnen Portionen Kothpulver von jeder Periode wurden gründlich vermischt und von dem Gemische je zwei Stickstoffbestimmungen nach Kjeldahl gemacht. Es wurden zu jeder Bestimmung 2—3 g Kothpulver verwandt. Die Zersetzung geschah in langhalsigen Kjeldahlkolben unter Zusatz von metallischem Quecksilber. Während sich nämlich für den Harn der Zusatz von Kupfersulfat zur Beschleunigung der Zersetzung als zweckmässig erwies, insbesondere, weil dadurch das spätere Zufügen von Natriumsulfid mit seinen unangenehmen Begleiterscheinungen überflüssig wurde, zeigte sich, dass die Zersetzung des Kothpulvers nur unter Zuhilfenahme von Quecksilber in der wünschenswerthen Kürze möglich war[4]).

Das Thier befand sich in einem runden Käfig aus Blech und Drahtgeflecht, der so gross war, dass er die freie Bewegung des Thieres nicht behinderte.

Da der Versuch im Spätherbst und Winter vorgenommen wurde, und einige kalte Tage zu Anfang des Vorversuchs (die betreffende Zeit wurde bei den nachfolgenden Berechnungen ausser Betracht gelassen) eine merkbare Erhöhung des Stoffumsatzes hervorgerufen hatten, so wurde während der eigentlichen Versuchsdauer für eine möglichst constante Temperatur von etwa 15° C. Sorge getragen.

Das tägliche Futter wurde, von einer kurzen Periode abgesehen, auf einmal gereicht. Es ist wichtig, dies hervorzuheben, weil die Versuche von Weiske und Flechsig[5]), von Adrian[6]) und Immanuel Munk[7]) gezeigt haben, dass auch beim Hunde die fractionirte Darreichung zu einer besseren Ausnützung führt als die einmalige.

Im Hinblick auf mögliche Einwände möchte ich bezüglich der Technik des Versuches noch erwähnen, dass die Wasserzufuhr für die gesammten Versuche eine möglichst constante war, indem das Futter durch Wasserzusatz jedesmal auf 1 kg gebracht wurde, sowie, dass selbstverständlich jede etwaige Unregelmässigkeit dadurch ausgeschlossen war, dass ich Zubereitung des Futters, Fütterung, Wägung, überhaupt jede nothwendige Manipulation persönlich und die zuvor genannten stets zur gleichen Zeit vornahm.

Als Futter verwendete ich in der Vor- und Nachperiode Fleisch, Spratt's Hundekuchen und Speck. Die Verwendung des Hundekuchens bietet den grossen Vortheil, dass ein für den ganzen Versuch genügendes Quantum sich auf einmal beschaffen lässt; wird dasselbe klein geschlagen, gehörig gemischt und in geeigneter Weise aufbewahrt, so genügt eine genaue Analyse vor Beginn des Versuchs.

Das Fleisch wurde jedesmal von demselben Schlachtstück in einem für ca. 8 Tage genügenden Quantum beschafft, zunächst mit dem Messer von Fett und Fascien befreit, dann durch die Fleischhackmaschine getrieben, und von dem gleichmässigen Gemisch die für jeden Tag treffenden Portionen auf einmal abgewogen. Jedes neue Fleischquantum wurde analysirt; es ergab sich bei den einzelnen Analysen ein Stickstoffgehalt von 3,437 Proc., 3,477 Proc., 3,478 Proc., 3,57 Proc., 3,4 Proc. und nur einmal 3,125 Proc., im Durchschnitt also 3,414 Proc. Man darf in diesen analytischen Resultaten einen erneuten Beweis sehen für die Richtigkeit der seinerzeit von C. v. Voit[8]) seinen Kritikern gegenüber aufgestellten Behauptung, dass man für ein nach obigen Angaben behandeltes Fleisch, insbesondere bei längerer Versuchsdauer, ruhig 3,4 Proc. Stickstoff als Mittelzahl in Rechnung stellen dürfe.

Die Analyse des Hundekuchens führte zu folgendem Resultat: Die Bestimmung des N-Gehaltes nach Kjeldahl ergab im Mittel aus mehrfachen Bestimmungen 2,63 Proc. N in der natürlichen (ungetrockneten) Substanz, woraus sich durch Multiplication mit dem Factor 6,25 ein Eiweissgehalt von 16,44 Proc. berechnet.

---

[2]) Siehe C. R. Meinert: Armee- und Volksernährung. Berlin 1880.

[3]) Vorlesungen über Physiologie.

[4]) Ueber eine verbesserte Versuchsanordnung für die Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl, insbesondere auch über einen ursprünglich von Dr. Oskar Schulz-Erlangen angegebenen und von uns Beiden für die Zwecke der Dampfdestillation modificirten Trichteraufsatz werde ich an anderer Stelle berichten.

[5]) H. Weiske und E. Flechsig: Ueber die Ausnützung gleicher Quantitäten ein und desselben Futters durch Herbivoren je nach Verabreichung desselben in einer oder mehreren Portionen. Journ. f. Landwirthsch. XXXII, pag. 337; auch H. Weiske in Zeitschr. f. physiol. Chemie XVIII, pag. 109.

[6]) Karl Adrian: Ueber den Einfluss täglich einmaliger oder fractionirter Nahrungsaufnahme auf den Stoffwechsel des Hundes. Zeitschr. f. physiol. Chemie XVII, pag. 616.

[7]) Immanuel Munk: Ueber den Einfluss einmaliger oder fractionirter Nahrungsaufnahme auf den Stoffverbrauch. (Beiträge zur Stoffwechsel- und Ernährungslehre.) Pflüger's Archiv LVIII, pag. 354.

[8]) Physiologie des Stoffwechsels (in Hermann's Handbuch).

Die Extraction mit Aether nach **Soxhlet** ergab einen Gehalt von 3,4 Proc. ätherlöslicher Substanz (Fett).

Zur Bestimmung der Kohlehydrate wurden 5 g gepulverten Hundekuchens mit 0,1 g reiner Diastase und 200 ccm Wasser 36 Stunden lang bei 52° C. digerirt; dann filtrirt, der Rückstand mit heissem Wasser ausgewaschen, das Filtrat mit 15 ccm Salzsäure vom spec. Gew. 1,125 versetzt und zwei Stunden am Rückflusskühler gekocht. Die Titrirung mit **Fehling**'scher Lösung ergab 64 Proc. Kohlehydrate, als Stärke berechnet. Der Aschengehalt betrug 3,79 Proc., der Wassergehalt 12 Proc. Die Gesammtzusammensetzung ergibt sich demnach aus folgender tabellarischer Uebersicht:

Eiweiss	16,44	Proc
Kohlehydrate (als Stärke)	64	„
Fett	3,4	„
Asche	3,79	„
Wasser	12	„
	99,63	Proc.

Die Untersuchung des von den Troponwerken in Mülheim a. Rh. mir liberal zur Verfügung gestellten Tropons ergab folgende Resultate, neben die ich zum Vergleich die von **König**-Münster erhaltenen Zahlen stelle:

	Müller	König
Stickstoff	14,09 Proc.	14,58 Proc.
Wasser	11 „	8,89 „
Asche	0,85 „	1,24 „

Nach mehrfachem Wechsel in der Quantität des Futters (der Wechsel war durch die Unkenntniss des Stoffumsatzes meines Versuchsthieres bedingt) begann der eigentliche Versuch am 31. October.

Der Gesammtversuch zerfällt in drei Abschnitte:
1. eine 8tägige Vorperiode vom 31. Oct. bis 8. Nov.,
2. eine 38tägige Troponperiode vom 8. Nov. bis 15. Dec.,
3. eine 6tägige Nachperiode vom 16. Dec. bis 21. Dec.

Während der Vorperiode erhielt der Hund täglich

120 g Fleisch mit	4,097 g N.
120 g Hundekuchen mit	3,156 g N.
30 g Speck.	

Die tägliche Gesammteinnahme an Stickstoff betrug also während der Vorperioden 7,253 g.

Während der Troponperiode hatte die Tagesration folgende Zusammensetzung:

120 g Hundekuchen mit	3,156 g N.
30 g Tropon mit	4,227 g N.
30 g Speck.	

Die tägliche Gesammteinnahme an Stickstoff während der Troponperiode betrug also 7,383 g N, also etwas mehr als in der Vorperiode.

In der Nachperiode war die Ernährung genau die gleiche wie in der Vorperiode.

Wie sich im Einzelnen der Stickstoffumsatz gestaltete, erhellt aus den folgenden Tabellen:

Vorperiode.

Datum	Gewicht des Thieres g	N-Einnahme g	N-Ausgabe im Harn g
31. X.	8550	7,253	6,88
1. XI.	8550	7,253	7,27
2. XI.	8400	7,253	6,05
3. XI,	8480	7,253	6,19
4. XI.	8540	7,253	4,43
5. XI.	8520	7,253	6,52
6. XI.	8440	7,253	5,99
7. XI.	8590	7,253	8,00
		58,024 g	51,33 g

Troponperiode.

Datum	Gewicht des Thieres g	N-Einnahme g	N-Ausgabe im Harn g	Datum	Gewicht des Thieres g	N-Einnahme g	N-Ausgabe im Harn g
8. XI.	8590	7,383	6,69	27. XI.	7915	7,77	6,42
9. XI.	8555	7,383	6,06	28. XI.	7880	7,77	8,03
10. XI.	8565	7,383	6,88	29. XI.	7780	7,77	4,73
11. XI.	8650	7,383	6,67	30. XI.	7750	7,77	6,8
12. XI.	8600	7,383	5,78	1. XII.	7580	7,77	6,62
13. XI.	8570	7,383	6,85	2. XII.	7740	7,77	4,96
14. XI	8600	7,383	6,9	3. XII.	7580	7,77	5,91
15. XI.	8500	7,383	6,17	4. XII.	7580	7,77	7,08
16. XI.	8470	7,383	7,85	5. XII.	7660	7,77	6,29
17. XI.	8390	7,383	4,23	6. XII.	7570	7,77	6,3
18. XI.	8250	7,383	7,85	7. XII.	7610	7,77	5,66
19. XI.	8115	7,77 *)	8,52	8. XII.	7435	7,77	6,56
20. XI.	8160	7,77	8,14	9. XII.	7580	7,77	6,31
21. XI.	8200	7,77	6,25	10. XII.	7445	7,77	6,08
22. XI.	8300	7,77	7,66	11. XII	7500	7,77	6,66
23. XI.	8250	7,77	8,8	12. XII	7580	7,77	7,36
24. XI.	8120	7,77	5,32	13. XII.	7540	7,77	7,42
25. XI.	8080	7,77	7,21	14. XII.	7500	7,77	7,18
26. XI.	8030	7,77	9,03	15. XII.	7495	7,77	6,91
						291,003	256,14

*) Von diesem Tage an wurden 15 g Hundekuchen zugelegt.

Nachperiode.

Datum	Gewicht des Thieres g	N-Einnahme g	N-Ausgabe im Harn g
16. XII.	7630	7,253	6,32
17. XII.	7570	7,253	6,5
18 XII.	7600	7,253	7,55
19. XII.	7530	7,253	6,64
20. XII.	7560	7,253	6,93
21. XII.	7590	7,253	6,82
		43,518	40,76

Während der Vorperiode betrug das Gewicht des in der angegebenen Weise bei 60—70° C. getrockneten Kothes 100 g. Im Mittel aus mehreren Analysen ergab sich ein Stickstoffgehalt von 4,04 Proc., so dass im aufgesammelten Kothe der Vorperiode 4,04 g Stickstoff enthalten waren. Es würde sich also die Stickstoffbilanz während der Vorperiode folgendermaassen gestalten:

N-Einnahme	N-Ausgabe	
58,024 g	Im Harn	51,32 g
	Im Koth	4,04 g
	Total	55,36 g

Da unter Berücksichtigung der erwähnten Verluste beim Aufsammeln des Kothes, sowie der sonstigen unvermeidlichen Versuchsfehler, die für die Stickstoffausgabe gefundene Zahl etwas niedriger als der wahre Werth ausfallen musste, darf wohl gesagt werden, dass die Stickstoffausfuhr der Stickstoffeinnahme entspricht. Damit stimmt überein, dass das Körpergewicht des Hundes in der Vorperiode sich constant gehalten hat. Wir können also mit Bestimmtheit annehmen, dass die im Fleisch dem Thier verabreichte Stickstoffmenge mindestens hinreichte, dasselbe im Stickstoffgleichgewicht zu erhalten.

Während der eigentlichen 38tägigen Troponperiode betrug die Menge des in gleicher Weise getrockneten Kothes 900 g mit einem Stickstoffgehalt von 5,6 Proc. Auch hier ist zu bemerken, dass die angegebene Kothmenge wegen der oben erwähnten Verluste beim Aufsammeln unter dem wahren Werth liegt.

In den 900 g aufgesammelten Kothes waren 50,4 g Stickstoff enthalten, woraus sich folgende Stickstoffbilanz für die Troponperiode ergibt:

N-Einnahme	N-Ausgabe	
291,003 g	Im Harn	256,14 g
	Im Koth	50,4 „
	Total	306,54 g

Die 38tägige Troponperiode hat also zu einem Stickstoffverlust von 15,54 g entsprechend ca. 460 g Fleisch geführt. Dieses Deficit ist in Wirklichkeit wahrscheinlich noch etwas grösser in Folge der erwähnten Kothverluste. Dass in der That ein erhebliches Stickstoffdeficit bestand, beweist auch das Verhalten des Körpergewichts. Das Thier wog zu Beginn der Troponperiode 8590 g, am Schluss derselben 7495 g; es hatte also unter der Troponernährung um 1 kg oder nahezu $^1/_7$ seines Gesammtgewichts abgenommen.

In der Nachperiode war die Ernährung die gleiche wie in der Vorperiode. Es wurden also täglich 120 g Fleisch, 120 g Hundekuchen und 30 g Speck verfüttert, welche insgesammt 7,253 g N enthielten, also 0,52 g weniger pro die, als in der Troponperiode gegeben wurde. Die Menge des in der angegebenen Weise behandelten und getrockneten Kothes der Nachperiode betrug 70 g. Der Stickstoffgehalt desselben war 4,04 Proc. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass Kothverluste beim Aufsammeln nicht zu vermeiden waren.

Es ergibt sich also für die Nachperiode folgende Stickstoffbildung:

N-Aufnahme	N-Ausgabe	
43,56 g	Im Harn	40,76 g
	Im Koth	2,82 „
	Total	43,58 g

Es bestand also scheinbar vollkommenes Stickstoffgleichgewicht. Berücksichtigt man aber die unvermeidlichen Verluste, so wird ein, wenn auch kleines Stickstoffdeficit wahrscheinlich. dafür spricht auch die allerdings geringfügige Abnahme des Körpergewichts um 40 g, von 7630 g auf 7590 g. Es erklärt sich dieses kleine Deficit vielleicht daraus, dass das Thier während der Troponernährung sich gewöhnt hatte, von seinem Körpereiweiss zuzusetzen, und, da es sich bei Beginn der Nachperiode nicht sofort vollständig auf die neue Ernährungsform einzustellen vermochte, auch während der Fleischperiode noch etwas von seinem Körpereiweiss zusetzte, obwohl dies nicht mehr nöthig war.

Indem ich mich zur Besprechung der Ausnützungsfrage wende, habe ich zunächst eine Vorbemerkung zu machen. Wenn nämlich im Folgenden der gesammte, im Koth erscheinende Stickstoff stets auf unverdauten Nahrungsrest bezogen worden ist, so bin ich mir dabei wohl bewusst, dass diese Berechnung nicht einwandsfrei ist; denn ganz unberücksichtigt bleibt dabei der Stickstoffgehalt der mit dem Kothe ausgeschiedenen Verdauungssäfte und Darmepithelien. Für die vergleichende Be-

urtheilung der Verdaulichkeit von Fleisch, Tropon und Plasmon gibt aber die gewählte Berechnung immerhin einen brauchbaren Anhalt.

Ferner kann die Ausnützung des Tropons, da ja neben dem Tropon noch ein anderes stickstoffhaltiges Nahrungsmittel, nämlich der Hundekuchen, verfüttert wurde, nur vergleichsweise bestimmt werden. Da aber in Vorperiode, Troponperiode und Nachperiode die Menge des Hundekuchens die gleiche blieb, so gewinnen dadurch die Vergleichszahlen an Werth.

Die Ausnützung des Fleisches stimmt in Vor- und Nachperiode sehr gut überein. Die Analysen ergaben für den Koth in beiden Perioden den gleichen Stickstoffgehalt, nämlich 4,04 Proc. Es wurden in der Vorperiode von 58,024 g verfütterten Stickstoffs 4,04 g = 6,9 Proc. Stickstoff mit dem Koth ausgeschieden, was einer Ausnützung von 93,1 Proc. entspricht. Während der Nachperiode wurden von 43,53 g verfütterten Stickstoffs 2,82 g = 6,5 Proc. mit dem Koth ausgeschieden, also war die Ausnützung gleich 93,5 Proc. Dagegen wurden in der Troponperiode von 291 g aufgenommenen Stickstoffs 50,4 g gleich 17,3 Proc. mit dem Koth ausgeschieden. Die Ausnützung des Tropons betrug also nur 82,7 Proc. gegenüber durchschnittlich 93 Proc. beim Fleisch. Dass in der That das Tropon um so viel weniger ausnutzbar ist als das Fleisch, und dass nicht etwa der Hundekuchen dafür verantwortlich gemacht werden kann, erhellt daraus, dass vom Anfang bis zu Ende des gesammten Versuchs stets das gleiche Quantum Hundekuchen verfüttert wurde. Die unbedeutende Zulage von 15 g Hundekuchen während eines Theiles der Troponperiode kann nicht wesentlich in's Gewicht fallen. Die stärkste Stütze erblicke ich aber für die Richtigkeit meiner Auffassung in dem Vergleich der einzelnen Kothe bezüglich ihres Procentgehaltes an Stickstoff. Beide Fleischkothe enthielten 4,04 Proc. N. Der Koth der ersten Troponperiode, in welcher 30 g Tropon pro die verfüttert waren, enthielt 5,6 Proc. N, der Koth einer noch zu erwähnenden zweiten Troponperiode, in welcher zum Zweck genauer Kothbestimmung 70 g Tropon pro die verabreicht wurden, 7,3 Proc. N. Also bewirkt der Ersatz des Fleisches durch Tropon eine Erhöhung des N-Gehaltes um ca. 1,6 Proc. Die Verdopplung der Troponmenge bewirkt wiederum gegenüber dem ersten Troponkoth eine Erhöhung des N-Gehaltes um 1,7 Proc. Da während der Troponfütterung auch die Menge des Kothes bedeutend höher war als während der Fleischfütterung, so glaube ich bezüglich meiner Argumentation keinen Widerspruch fürchten zu müssen.

Wenn dem gegenüber z. B. Plaut[9]) angibt, „dass die Ausnützung des Nahrung-N während der Tage der Troponzufuhr sogar noch etwas besser war als zuvor, so erklärt sich dies meines Erachtens aus einer von ihm gemachten falschen Schlussfolgerung. Er gab seiner Patientin 17 Tage lang zur gewöhnlichen Nahrung eine N-Zulage von 7 g in Gestalt von Tropon. Ueber die gewöhnliche Nahrung macht er keinerlei nähere Angaben, was für einen Vergleich durchaus nothwendig wäre. Ausserdem dürfte bei einer Gesammtzufuhr von ca. 24 g N pro die ein Zusatz von 7 g N in Gestalt von Tropon doch wohl zu gering sein, um sichere Schlüsse aus den Versuchsresultaten zu gestatten. Dieses Verhältniss des Gesammt-N zum Tropon-N gestaltet sich noch ungünstiger im zweiten Versuch Plaut's, wo von 16,715 g N der Nahrung nur 3,5 g auf das Tropon trafen. Vor allem aber muss ich widersprechen, wenn Plaut auf seine Kothanalysen seine Behauptung von der vorzüglichen Ausnützung des Tropons stützt. Er fand am 21. und 22. Februar, welche beide Tage die ganze troponfreie Vorperiode darstellen, von 13,146, resp. von 13,154 g N der Nahrung je 1,8 g im Koth wieder, woraus sich eine Ausnützung von 86,3 Proc. berechnet. Nun macht er, ohne, wie es scheint, eine Abgrenzung versucht zu haben, an den beiden ersten Tropontagen, dem 23. und 24. Februar, dann am 6. und 7. Tage der Troponperiode je eine Kothanalyse, berechnet daraus eine Ausnützung von 88, 82, 89,54, 91,09 und 90,74 Proc., und beweist damit die bessere Ausnützung des Tropons. Ebenso findet er im zweiten Versuch am ersten troponfreien Tag einen bis in die vierte Decimale genau berechneten Gehalt des Kothes von 1,9718 N auf 13,215 g N der Nahrung; nach Zusatz von 3,5 g Tropon zur Nahrung findet er von 16,715 g der Nahrung in der einzigen während der Troponperiode gemachten Kothanalyse 1,864 g N im Koth (am 6. März), woraus, wie er meint, die gute Ausnützung des Tropons deutlich zu ersehen ist. Da während der Troponzulage die vorher gereichte Nahrung und ihr N-Gehalt genau der gleiche blieb, so hätte also das Tropon die wunderbare und merkwürdige Eigenschaft, die Ausnützung der übrigen Nahrung derart zu verändern, dass von 13,215 g N der Nahrung ohne Tropon 1,9718 g N im Koth erscheinen, von denselben 13,215 g N plus 3,5 g N im Tropon nur 1,864 g!

Es bedarf wohl keines Beweises, dass eine an einem Tage als Stichprobe herausgegriffene Kothbestimmung zur Beurtheilung der Ausnützung durchaus unverwerthbar ist.

Prausnitz hat in dankenswerther Weise bereits energisch die Forderungen betont, welche an Stoffwechseluntersuchungen gestellt werden müssen, und R. O. Neumann hat sich ihm angeschlossen. Ich möchte im Hinblick auf verschiedene frappirende Arbeiten noch dazu die Forderung geltend machen, dass Stoffwechseluntersuchungen nicht von zu kurzer Dauer sein dürfen. Man kann leicht die Beobachtung machen, dass, wenn man eine längere Versuchsdauer in drei- oder viertägige Perioden eintheilt, diese einzelnen Unterperioden ganz widersprechende Resultate ergeben. Auch in der Beschreibung von Stoffwechselversuchen ist Kürze nicht unter allen Umständen ein Vorzug.

Im Gegensatz zu der citirten Arbeit Plaut's ergeben die Selbstversuche von Schmilinsky und Kleine[10]), welche ebenfalls Fleisch in der Nahrung durch Tropon ersetzten, eine schlechtere Ausnützung des Tropons als des Fleisches. Im ersten Versuch wurden in der Vorperiode 113,2 g Eiweiss, gleich 18,1 g N gegeben, von denen in der Troponperiode ein Viertel durch Tropon ersetzt wurde; im zweiten Versuch wurden von 128 g Eiweiss gleich 20,48 g N circa ein Drittel und im dritten Versuch von 82,9 g Eiweiss gleich 13,2 g N circa zwei Drittel durch Tropon ersetzt. Die Ausnützung des Eiweisses in den Vorperioden betrug 93,1, 93,6 und 90,9 Proc. Die Ausnützung in der Troponperiode des ersten Versuchs betrug 90,3 Proc., in der des zweiten Versuchs 90,0 Proc., in der des dritten 85,5 Proc. Man sieht also deutlich, dass die Ausnützung des Eiweisses um so schlechter wird, je mehr Eiweiss in Gestalt von Tropon gegeben wird. Die von mir gefundene Ausnützung des Fleisches beim Hund mit 93,1 resp. 93,5 Proc. entspricht sehr gut den von Schmilinsky und Kleine gefundenen Zahlen. Und auch die von mir constatirte Ausnützung des Tropons mit 82,7 Proc. entfernt sich nicht allzu weit von dem Resultat der beiden Autoren.

Neumann[11]) hat in einem sorgfältigen Selbstversuch in der Vorperiode 80,3 g Eiweiss in Gestalt von Schwarzbrot, Käse und Cervelatwurst genommen und dann davon 63,7 g durch Tropon ersetzt unter vollständiger Ausscheidung des Käses und der Cervelatwurst. Während das Eiweiss in der Vorperiode zu 85,15 Proc. ausgenützt wurde, sank die Ausnützung in der Troponperiode auf 83,37 Proc.

Obwohl ich bei Gelegenheit der Vergleichung des Tropons und Plasmons nochmals darauf zurückkommen werde, möchte ich doch schon hier betonen, dass die meines Erachtens unwiderleglich bewiesene geringe Ausnützung des Tropons gegenüber dem Fleisch durchaus nicht den Werth des Tropons alterirt. Ganz abgesehen von der volkswirthschaftlichen Ueberlegenheit des Tropons, welche ich noch nachzuweisen versuchen werde, behauptet dasselbe seinen Werth für die Krankenernährung, weil es thatsächlich natürliches Eiweiss zu ersetzen vermag und die um 7 oder 10 Proc. geringere Ausnützung nicht in die Wagschale fällt gegenüber dem Vortheil, dem kranken Organismus seinen Eiweissbedarf in sehr compendiöser Form zu liefern. Denn auch die ungünstigste Ausnützung angenommen, ist nahezu viermal so viel Fleisch nothwendig als Tropon, um dem Körper die nothwendige Stickstoffmenge zuzuführen.

(Schluss folgt.)

---

[9]) Zeitschr. f. diät. und physik. Therapie. I. Bd., 1. Heft.

[10]) Münch. med. Wochenschr. No. 31, 1898.

[11]) R. O. Neumann: Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 2.

Aus der k. k. chirurgischen Klinik zu Graz.

Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit.

Von Dr. **Erwin Payr**, Privatdocent für Chirurgie und Assistent der Klinik.

(Schluss.)

Ich habe aber ausser diesem einen noch 2 andere Fälle beobachtet, in denen ich das Entstehen von Wandernieren im Zusammenhange mit einer sehr energisch ausgeführten Bauch- und Lendenmassage beobachten konnte.

Es handelt sich im 2. Falle um eine ca. 52 jährige Dame, die wegen Neurasthenie eine Wassercur mit gleichzeitiger Körpermassage durchgemacht hatte, und bei der der Bauch, der Rücken und die Lenden *intensiv massirt wurden.* Es bestand eine rechtsseitige Wanderniere, deren Entstehung sicher auf die Massagebehandlung zurückgeführt wird. Es kann in diesem Falle, da die Patientin früher nicht untersucht worden ist, ja möglich sein, dass es sich um einen leichten Grad von beweglicher Niere schon früher gehandelt hat; als ich aber die Patientin untersuchte, war die Niere so beweglich, dass sich unterhalb des rechten Rippenbogens das ganze Organ, mit Leichtigkeit auch der obere Pol umgreifen liess. Es bestanden, während früher nie über dahin zu beziehende Schmerzen geklagt worden war, heftige Beschwerden, sowohl dem Nervensystem, als auch dem Magendarmcanal angehörig. *Erscheinungen allgemeiner Enteroptose sind vorhanden.* Eine entsprechende Bandage und nachfolgende leichte Masteur beseitigten jene Krankheitssymptome.

Es ist hier noch zu erwähnen, dass wir in allen Fällen von sehr stark beweglichen Nieren mit erheblichen Beschwerden die *Nephropexie* für das geeignetste Mittel halten, um die Symptome zum Schwinden zu bringen; es ist aber auch allgemein bekannt, dass es nur in einem sehr *kleinen* Bruchtheile, selbst der geeignetsten Fälle von Wanderniere, gelingt, die Patienten zur Nephropexie zu bestimmen und zuerst alle nur möglichen anderweitigen Behandlungsmethoden erschöpft sein müssen, um den Eingriff zu ermöglichen. Dies gilt insbesonders für die Angehörigen der höheren Gesellschaftsclassen, während die arme Arbeitersfrau sich viel eher ihre Wanderniere fixiren lässt, um wieder arbeitsfähig zu werden.

In einem 3. Falle handelte es sich um einen ungefähr 35 jährigen Mann. Er wurde von mir vor längerer Zeit wegen eines Haemorrhoidalleidens operirt. Damals schon klagte er über rheumatische Schmerzen in der linken Lendengegend. Einige Wochen später waren diese Schmerzen sehr intensiv. Da zu gleicher Zeit eine leichte Cystitis bestand, so wurde auch der Untersuchung der Nieren die grösste Aufmerksamkeit geschenkt. Es wurde durch mehrere Tage abgeführt und konnte der Patient die Bauchdecken völlig entspannen. Die genaueste mehrmalige Untersuchung von *Harn und Nieren ergab, dass absolut keine nachweisbare Erkrankung vorliege* und war die linke Niere ebensowenig wie die rechte palpabel; wohl aber bestanden Schmerzen in den Lendenmuskeln und im Quadratus lumborum und im Sacrolumbalis.

Patient gebrauchte andern Orts eine Thermalcur und liess sich zugleich von einem kräftigen Berufsmasseur den Rücken und die Lendengegend, *hauptsächlich die linke,* massiren. Er machte 21 solcher Massagesitzungen durch und gibt nun mit grösster Bestimmtheit an, dass die Schmerzen, die er ursprünglich gehabt, nachgelassen haben, dafür aber ganz andere Beschwerden aufgetreten seien, ziehende Schmerzen gegen die Inguinalgegend zu, ein Gefühl des Abwärtssinkens im Unterleib, oft heftige Schmerzen, die gegen den Nabel hin ausstrahlen und in Beschwerden in der Magengegend ihr Ende finden u. s. w. Diese Angabe befremdete mich und ich konnte nun bei der Untersuchung eine *zweifellos vorhandene linksseitige Wanderniere* finden; man konnte mindestens das halbe Organ mit den Fingern umgreifen und war das Ballottement sehr deutlich. Die Niere selbst war sehr druckempfindlich. Bei ausbleibendem Stuhl Steigerung aller Beschwerden, bei reichlicher Entleerung bedeutendes Nachlassen derselben.

Der Patient gab an, dass die Beschwerden gegen das Ende seiner Cur immer mehr zunahmen und schliesslich unterbrach er dieselbe, da sein Zustand unerträglich wurde. Eine gewöhnliche Bauchbinde ohne Pelotte beseitigte in 3 Wochen die Beschwerden. Die Niere war mit ihrem unteren Pole noch immer fühlbar.

Soweit über unsere Beobachtungen. Nun müssen wir noch in Kurzem darauf zu sprechen kommen, *wie man es sich überhaupt erklären kann, dass durch eine, wenn auch übertriebene Massage des Bauches, der Lendengegend und des unteren Abschnittes des Brustkorbes, sowie der seitlichen Partien des Rückens eine Lockerung der Niere aus ihren Befestigungsapparaten zu Stande kommen kann,* und es gibt die Betrachtung der anatomischen Verhältnisse der Nierengegend wohl genügend Erklärungen für dieses Vorkommniss.

Die Massage dieser Gegend wird, soweit es sich um die seitlichen Partien des Rückens handelt, gewöhnlich in Strichen ausgeführt, die parallel zur Körperachse verlaufen; die Massage der Lendengegend wird in Strichen parallel der Richtung der XI. und XII. Rippe vorgenommen und die Gegend zwischen XII. Rippe und Darmbeinkamm ähnlich behandelt. Wenn wir uns nun vergegenwärtigen, was diese Bewegungen verursachen und welche Wirkung auf die Nieren und deren Topographie erschlossen werden kann, so kommen wir zu Folgendem:

Vor Allem sind wir der Ansicht, dass Traumen der Lendenregion sich, so verschieden sie der Natur nach sein können, auf gemeinsame Gesichtspunkte zurückführen lassen; sowohl Stösse und Schläge auf die Lendengegend, als Compression der unteren Partien des Thorax, d. h. Adductionsbewegungen der unteren Rippen erzeugen für die Mobilisirung der Niere wichtige Veränderungen. Beim Zusammenschnüren der unteren Thoraxpartien und der dadurch bedingten Veränderung des Lagers der Nieren, das durch das Einpressen der beiden unteren Rippen in einen spitzen Winkel, vorn offen, verwandelt wird, tritt die Niere — es spielt dabei rechterseits auch die Leber eine Rolle — tiefer und weiter nach vorne und wird ihr Fixirungsapparat allmählich, da das Trauma sich ja oftmals wiederholt, immer mehr gelockert. Das einmalige Trauma der Lendengegend durch einen Stoss, einen Schlag bewirkt das, was jene vorher genannten Schädlichkeiten langsam vollbringen, viel rascher und *ist dabei kein bestimmter Mechanismus für alle Fälle geltend,* wie beim Schnüren, da ja das Trauma die Niere in verschiedenster Richtung treffen kann oder auch nur die fixirenden Theile schädigen kann.

Unseres Erachtens nun ist die Massage der Lendengegend, wenn sie übertrieben ausgeführt wird, in ihrer Wirkung ganz ähnlich anderweitigen, z. B. durch einen Schlag bedingten Traumen der Lendengegend und wird das, was an Intensität fehlt, durch die Wiederholung der Schädlichkeit ersetzt. Sie stellt *ein Trauma der Lendengegend* dar, das einerseits eine *Adductionsbewegung* der unteren Rippen herbeiführt, entweder durch directen Druck auf dieselben oder durch nach vorn gerichtetes Streichen des M. quadratus lumborum und die an den unteren Rippen sich ansetzenden Rücken- und Bauchmuskeln. (S. Fig. 1 und 2.)

Andererseits wird aber durch die Massagebewegungen des Knetens, Klopfens, heftigen Druckes direct die Niere in ihren Fixationsapparaten geschädigt, gelockert und eventuell aus ihrem Lager herausgehebelt.

Auch hier sind wir der Ansicht, dass durch die heftige Massage *zunächst nur eine Lockerung der Fixationsapparate der Niere zu Stande kommt* und erst allmählich sich eine Senkung des Organs und bedeutendere Beweglichkeit einstellt, so dass es unter Umständen zu sogen. Einklemmungserscheinungen kommen kann.

Für sehr wahrscheinlich halte ich es ferner, dass es zu *Blutungen* in der Fettkapsel der Niere kommt, die, wenn auch nicht bedeutend, doch jene lockernde Wirkung haben, wie an anderer Stelle bereits ausgeführt wurde. Wir haben bei der in unserem ersten Falle rechterseits beobachteten absoluten Dämpfung des Percussionsschalles der Nierengegend daran gedacht.

Zum Zustandekommen perirenaler Blutungen sind keineswegs immer schwere Traumen erforderlich.

Im Zusammenhange mit unseren Beobachtungen halten wir es für möglich, dass durch unzweckmässige und vor Allem übertriebene Massage der Lenden- und seitlichen Bauchgegend Nierenbeweglichkeit erzeugt werden kann, und ist dies bei Berücksichtigung der dabei mitspielenden mechanischen Vorgänge auch nicht allzu merkwürdig*).

---

*) *Anm.* Die einzige Andeutung, die Beeinflussung der Nierenbeweglichkeit durch Massage betreffend, findet sich in der kürzlich erschienenen Arbeit von *Lobstein*[31]): „Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik", wo mitgetheilt wird, dass *Czerny* (l. c.) in 2 Fällen Nierenbeweglichkeit auf vorausgegangene Bauchmassage zurückgeführt habe. (Persönliche Mittheilung an Herrn *Lobstein.*)

Aber nicht nur der Massage der Lenden- und seitlichen Bauchgegend muss ein Einfluss auf die Fixationsapparate der Nieren zugeschrieben werden, sondern auch der Bauchmassage, die ja bei Verdauungsstörungen ebenfalls oft mit grosser Kraftentfaltung ausgeübt wird. Eine Lockerung der Niere ist bei tiefen Eindrücken der vorderen Bauchwand sehr wohl möglich [Czerny [31]].

Während wir im Vorgehenden mehr vom pathologisch-anatomischen Standpunkte und unter Berücksichtigung der klinischen Erfahrungen das Zustandekommen der Nierenbeweglichkeit durch Traumen und speciell durch Massage besprochen haben, seien noch einige Bemerkungen rein topographisch-anatomischen Fragen gewidmet.

Wohl von keinem Bearbeiter der Frage der Wanderniere wurde der Topographie der Nieren und der Lendenregion überhaupt, besonders aber dem Lager der Nieren eine solche Aufmerksamkeit geschenkt, wie von den bereits mehrfach genannten russischen Autoren Wolkow und Delitzin. Wir haben im Beginne unserer Ausführungen dargethan, dass eine veränderte Form der paravertebralen Nischen als Hauptmerkmal eines gewissen Typus angesehen wird, der bei Lageveränderungen der Organe des Unterleibs überhaupt vorkommt und ganz insbesonders für die Wanderniere von Bedeutung ist. Es würde uns zu weit führen, alle Unterschiede, die für diese Nischen beim männlichen und weiblichen Geschlecht gefunden wurden, darzuthun. Es möge die Andeutung genügen, dass sie bei Männern stark vertieft sind und sich nach unten hin verengern; ihre Form ist mehr konisch, manchmal birnförmig. Die benachbarten Muskeln, M. quadratus lumborum und psoas major springen stark in sie vor. Bei Frauen sind sie seichter, nach unten hin weiter offen und etwas breiter.

Es ist nun für unsere Betrachtungen von grossem Interesse, zu erfahren, wie sich diese paravertebralen Nischen verhalten, wenn man von aussen her durch verschiedene Eingriffe die Configuration der Lendengegend und damit ihre Form zu verändern sucht.

Das Studium dieser Nischen im normalen sowohl, wie im krankhaften Zustand wurde durch unter allen nur möglichen Cautelen abgenommene Gipsabgüsse gefördert.

Diese Versuche, denen nicht nur ein unleugbares theoretisches Interesse zukommt, haben, allerdings mit wesentlichen Einschränkungen auch für praktische Verhältnisse Geltung und wurden hauptsächlich so angestellt, dass die Einwirkung einer Umschnürung der Lendengegend, wie sie durch Kleidungsstücke (Corset, Rockbänder) u. a. geschieht, auf die Form der paravertebralen Nischen studirt wurde. Es fand sich dabei mit grosser Constanz eine Formveränderung dieser Nischen, in dem Sinne, dass sie verschmälert werden, konischen Charakter bekommen und seichter geworden sind, was insbesonders für die rechte Seite gilt, ein Umstand, der wieder durch die Leber bedingt wird.

Die Adductionsbewegung der unteren, freien Rippen erzeugt künstlich also ein ähnliches Bild, wie es dem oben geschilderten Typus einer allgemeinen krankhaften Disposition entspricht.

Ein Blick auf die beigegebenen Zeichnungen macht es übrigens leicht verständlich, wie durch intensive mechanische Insultirungen der Lendengegend und seitlichen Bauchgegend bei der Massage der Nierenfixationsapparat gelockert werden kann.

Alle nach vorne und medialwärts gerichteten Bewegungen, die zwischen den Querfortsätzen des 1. bis 3. Lendenwirbels, dem unteren Rande der XII. Rippe und dem Darmbeinkamme stattfinden, treffen die hintere und seitliche Fläche der Niere sowie den unteren Pol des Organes und haben die Intention, dasselbe um seine Längsachse nach einwärts und um seine anteroposteriore Achse so zu drehen, dass sich der untere Pol nach vorwärts bewegt. (Fig. 1 und 2 X.)

Wenn die XII. Rippe ganz kurz ist, so geschieht die Beeinflussung direct, wenn sie lang ist, durch ihre Vermittlung, so dass sich aus dem Verhalten der XII. Rippe keine wesentlichen Unterschiede für das Entstehen traumatischer Nierenbeweglichkeit ergeben.

[31]) Czerny s. Lobstein (persönliche Mittheilung des Herrn Dr. Lobstein an den Verfasser).

Die beiden Zeichnungen stellen die Topographie der Nieren von Seiten der Regio lumbalis, sowie die Beziehungen dieses Organes zum Skelet, den Muskeln und Bändern dar (nach Recamier). Fig. 1 stellt eine lange XII. Rippe dar, die in einem Winkel von ungefähr 45° über die hintere Fläche der Niere hinweggeht.

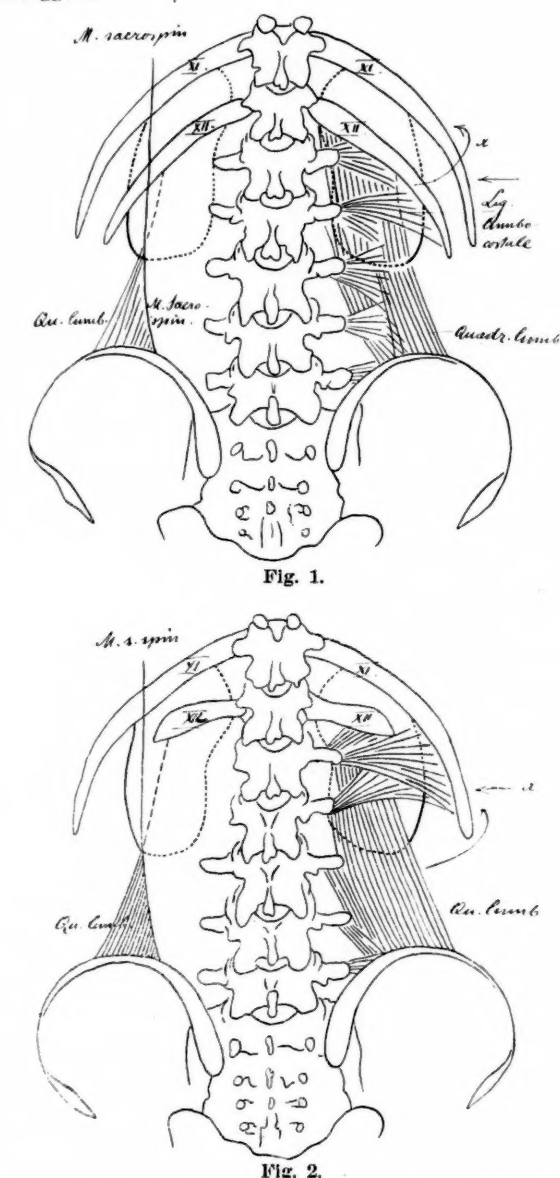


Fig. 1.

Fig. 2.

In Fig. 2 sieht man eine kurze XII. Rippe. Durch stärkere Entwickelung des Ligam. lumbo-costale wird die geringe Länge der Rippen ausgeglichen.

Unseren im Vorgehenden geschilderten 3 Fällen kommt eine sehr verschiedenartige Beweiskraft zu. Der 1. und 3. sind besonders geeignet, Aufklärung in die Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit zu bringen, weil beide Fälle vor der Einwirkung der schädigenden Massage untersucht sind, und betonen wir noch einmal, dass dadurch eine Lücke ausgefüllt ist, die sich in allen früheren derartigen Beobachtungen empfindlich geltend machte.

Ferners möchte ich darauf hinweisen, dass durchaus kein unlösbarer Widerspruch zwischen unserer Annahme, dass durch Massage Nierenbeweglichkeit erzeugt wird und der Anwendung der Massage zur Heilung desselben Leidens besteht. Es ist eben sehr zu unterscheiden, wer die Massage ausführt und wie sie ausgeführt wird.

Es kommt uns keineswegs unglaubhaft vor, dass durch eine zweckmässig ausgeführte, unbedingt von sachkundiger, am Besten

von ärztlicher Hand ausgeübte Massage wenigstens die klinischen Erscheinungen der Wanderniere beseitigt oder doch gebessert werden.

Schon das mehrmalige Zurückbringen der Niere in ihre normale Lage und die dadurch ausgeschalteten krankhaften Drehungen des Nierenstieles und Harnleiters werden das Leiden im günstigen Sinne beeinflussen und lässt es sich ganz gut denken, dass durch den leichten Reiz der Bewegung die Befestigungsapparate der Niere wieder gekräftigt werden und die Niere wieder fester wird, wenn uns auch genauere Vorstellungen über diesen Vorgang derzeit fehlen.

Die Berichte von Fellner[32]) und Knapp (l. c.) über die Erfolge der Massagebehandlung bei Nierenbeweglichkeit nehmen für dieses von ärztlicher Hand ausgeführte, keineswegs den Eindruck einer Gewaltleistung machende Verfahren ein. Schon Thure-Brandt[33]) hatte gewisse mechanische Handgriffe angegeben, um die Wandernierenbeschwerden zu heben. Seine Behandlung besteht in einer Aufwärtsbewegung der Niere unter leichtem Zittern oder Schütteln der betreffenden Hand (Unternierzitterdrückung), vergesellschaftet mit gymnastischen Uebungen zur Kräftigung der Rücken-, Lenden-, der geraden und schiefen Bauchmuskeln. Die Behandlung wurde besonders von Resch[34]), Ziegenspeck[35]), James Eisenberg[36]) und Fellner (l. c.) geübt.

Für jene vielen Kranken, die einer operativen Behandlung des Leidens, die in höhergradigen Fällen wohl die besten Resultate gibt, ablehnend gegenüberstehen, kommen von mechanischen Behandlungsmethoden nur die Massage und die verschiedenen Fixationsapparate in Betracht.

Dass sich aus dem Vorhingesagten einige Bemerkungen für die Prophylaxe ergeben, ist wohl selbstverständlich und bedarf keiner weiteren Ausführung; es soll eben nicht planlos von möglichst athletenhaft aussehenden männlichen und weiblichen, sich mit Massage befassenden Personen der Körper, unbekümmert um edle und unedle Theile durchgeknetet werden, sondern auch für diesen Zweig der Heilkunde möglichst gute Schulung und genaue Indicationsstellung von Seiten des Arztes gefordert werden.

Speciell die Massage der Rückenmuskeln und der Lenden, sowie seitlichen Bauchregion ist besonders zu überwachen und dabei an die Möglichkeit entstehender Nierenbeweglichkeit zu denken.

Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1899.

Von dem k. Centralimpfarzte, Medicinalrath Dr. L. Stumpf.

(Schluss.)

Was die Schnittführung betrifft, so machen im Allgemeinen die Berichte der Amtsärzte den Eindruck, wie wenn der Kreuzschnitt im Berichtjahre grössere Verbreitung gewonnen hätte. Vielleicht glaubten die Impfärzte auf Grund der beiden vorhergegangenen Jahre, in welchen die Thierlymphe der k. bayer. Centralimpfanstalt in Folge der angestellten Züchtungsversuche etwas schwächer geworden war, mit der Anwendung des Kreuzschnittes ein sichereres und besseres Resultat erzielen zu können.

So war der Kreuzschnitt im Gebrauche bei den Impfärzten von Reichenhall, Ebersberg, Garmisch, Schrobenhausen, Hengersberg, Grafenau, Neukirchen, Vilsbiburg, Nabburg, Roding, Vohenstrauss, Ebermannstadt, Rehau, Staffelstein, Roth a/S., Kitzingen, Arnstein, Münnerstadt, Marktheidenfeld, Aub, Würzburg (Land), Neuburg und Rain. Manche dieser Impfärzte brachten den Kreuzschnitt nur bei der Wiederimpfung zur Anwendung, und Andere nur in besonderen Fällen. So verband der Impfarzt von Reichenhall mit 5 einfachen Schnitten je einen Kreuzschnitt, da bei schwächerer Virulenz der Lymphe der Kreuzschnitt nach seiner Erfahrung einen sichereren Erfolg versprach. Auch der Impfarzt von Grafenau äussert sich dahin, dass sich aus den Kreuzschnitten mehr und schönere Pusteln entwickelten, als aus den einfachen Schnittchen. Dem gegenüber konnte der Impfarzt von Vilsbiburg nicht die Ueberzeugung gewinnen, dass bei Anwendung des Kreuzschnittes eine stärkere Wirkung der Impfung zu beobachten gewesen wäre. Der Impfarzt von Roding brachte bei den Wiederimpflingen, welche der Impfung zum dritten Male unterstellt wurden, auch einige Kreuzschnitte zur Anwendung. Der Impfarzt von Aub impfte nur solche Erstimpflinge mittels eines Kreuzoder Doppelschnittes, welche schon eine erfolglose Impfung durchgemacht hatten. Auch die Impfärzte von Kitzingen und Arnstein glaubten bei Anwendung des Kreuzschnittes bessere Erfolge als bei der einfachen Schnittführung zu erzielen.

Von anderen Schnittmethoden ist zu erwähnen der horizontale Doppelschnitt, der im Amtsbezirke Neustadt a. WN. zur Anwendung kam. Auch die Impfärzte von Ingolstadt, Staffelstein und Prien wandten den Doppelschnitt an, die beiden Erstgenannten jedoch nur bei Wiederimpflingen. Der Amtsarzt von Alzenau impfte, wie seit Jahren, mittels des einfachen Gitterschnittes und bedeckte in einer grösseren Anzahl von Fällen die Impfstelle mit einem Schutzverbande, eine Methode, die er nur loben kann. Der Impfarzt von Eichstätt äusserst sich in seinem Berichte wörtlich folgendermaassen: „Da vielfach sehr kränkliche Kinder zur Impfung gebracht werden, deren Impfung von den Angehörigen dringend erbeten wird, und die auch mangels einer Erkrankung nicht abgewiesen werden können, so musste man sich auch häufig mit 3 Schnittchen begnügen. Auch die Ausbildung von 3 Pusteln war jedesmal eine so ausgiebige, dass auch hiermit der Zweck der Pusteln erreicht war.“ Auch der Amtsarzt von Hilpoltstein hielt die Anlegung von 3 Impfschnitten für „genügend“. Dem gegenüber muss betont werden, dass die Anlegung von 4 Impfschnitten Vorschrift ist, und dem erstgenannten Impfarzte kann die Meinung nicht vorenthalten werden, dass ein Kind, welches so kränklich ist, dass es die vorgeschriebene Anzahl von 4 Impfschnitten, welche doch an sich schon das äusserste Maass von Entgegenkommen gegen die Bevölkerung vom Standpunkte der Forderung eines genügenden Impfschutzes aus genannt werden muss, nach dem Urtheile des Impfarztes ohne Gefahr für sein Befinden nicht zu ertragen scheint, besser ungeimpft bleibt, um es später nach eingetretener Kräftigung in einer Weise zu impfen, die nicht vorschriftswidrig ist. Die Sachverständigencommission, welche seiner Zeit in Berlin zur Berathung der Impffrage versammelt war, hat im Gegensatze zu der Anschauung des Impfarztes von Eichsätt geglaubt, dass mit 3 Pusteln der Zweck der Impfung nicht erreicht würde. Aus diesem Grunde wurden 4 Impfschnitte als Mindestmaass zur Erzielung von 4 Pusteln festgesetzt. Schliesslich mag noch erwähnt werden, dass der Impfarzt von Hofheim, wie schon früher, so auch im Berichtjahre wieder vor dem Beginne der öffentlichen Impfung mit der erhaltenen Lymphe, und zwar mit jeder Sorte derselben, an 6 Kindern eine Probeimpfung vornahm, um sich über den Grad der Virulenz der empfangenen Lymphesorten vorher zu unterrichten, und diese Methode kann den Impfärzten als eine vollkommen rationelle nur empfohlen werden.

An Beobachtungen ist in den ärztlichen Berichten des Jahres 1899 ein grosses Material enthalten. Vor Allem verdient erwähnt zu werden, dass in einer Anzahl von Amtsbezirken im Berichtjahre die Erfolge der öffentlichen Impfung zu einer Vollkommenheit gediehen sind, die kaum mehr überboten werden kann.

Solche Mustererfolge hatten aufzuweisen die Amtsbezirke von Berchtesgaden, Tölz, Traunstein, Wolfratshausen, Kötzting, Landau a/I., Dahn, Bamberg (Stadt), Herzogenaurach, Weissmain, Lichtenfels, Münchberg, Staffelstein, Heidenheim, Alzenau und Marktheidenfeld. Es dürfte nicht uninteressant sein, auf einige dieser Musterresultate etwas näher einzugehen. Im Amtsbezirke Tölz wurden bei 328 Erstimpfungen und 6 Impfschnitten im Ganzen 1981 Pusteln erzielt. Ein Fehlerfolg kam ebensowenig vor, als ein einblatteriger Fall. Ferner hatten 289 von 305 Wiederimpflingen vollkommene Pusteln aufzuweisen; 15 zeigten Knötchen, und 1 mal wurde ohne Erfolg wiedergeimpft. Auch in Wolfratshausen, Traunstein und Berchtesgaden wurde mit 100 Proc. Erfolg geimpft. In Kötzting wurden bei 431 Erstimpflingen 3155 Pusteln erzielt. Eine Fehlimpfung oder eine Impfung mit einer Pustel kam nicht vor. 307 von 326 Wiederimpflingen hatten 1423 vollkommen entwickelte Blattern, 11 im Ganzen 58 Bläschen und 8 davon 42 Knötchen aufzuweisen. Im Amtsbezirke Landau wurden bei 570 Erstimpflingen 3412 Pusteln er-

[32]) Fellner: Die Wanderniere und deren Behandlung mittels Thure-Brandt'scher Massage. Wien. med. Wochenschr. 1896, No. 10—13.

[33]) Thure-Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin 1891. Verl. Fischer.

[34]) Resch: Thure-Brandt's heilgymnast. Behandlung weiblicher Unterleibskrankheiten. Wien 1888.

[35]) R. Ziegenspeck: a) Ueber Thure-Brandt's Verfahren der Behandlung der Frauenleiden. Sammlung klin. Vorträge von Volkmann No. 353/54.

b) Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden. Berlin, S. Karger, 1895.

[36]) James Eisenberg: Zur manuellen Behandlung der Frauenkrankheiten nach Thure-Brandt. Wiener med. Presse 1891, No. 36.

zielt = 5,9 pro Kind; kein Fehlerfolg. Von 452 Wiederimpflingen hatten bei 6 Impfschnitten 424 vollkommene Pusteln, im Ganzen 2383 = 5 Pusteln pro Kind. Im Amtsbezirke Kusel hatten von 64 Erstimpflingen nur 2 je 1 Pustel. Ohne Erfolg wurde auch hier kein Kind geimpft. Aus 3055 Impfschnitten entwickelten sich 3394 Impfpusteln = 5,5 Pusteln pro Kind. 432 von 465 Wiederimpflingen, also 92,9 Proc., wiesen vollkommene Pusteln auf, im Ganzen 1959 Pusteln bei 2790 Impfschnitten, also 4,2 Pusteln pro Kind. Der Amtsarzt von Beilngries versichert, in den 24 Jahren seiner Amtsthätigkeit ein solch' ideales Impfergebniss, wie das des Jahres 1899 weder bei der Impfung von Arm zu Arm noch bei der mit animaler Lymphe jemals gesehen zu haben. Es blieben überhaupt nur 20 Impfschnitte erfolglos. Durchwegs entwickelten sich grosse, tadellose Pusteln mit schmaler, oft kaum sichtbarer Randröthe. In allen übrigen oben genannten Amtsbezirken, auf deren Einzelnerfolge hier nicht eingegangen wurde, gab es durchwegs 100 Proc. Erfolg, keinen einzigen Fehlerfolg. Der Erfolg der öffentlichen Impfung in der Landeshauptstadt reiht sich diesen Mustererfolgen nahe an, indem sich unter 6600 Erstimpfungen nur 11, unter 6154 Wiederimpfungen nur 5 Fehlerfolge befanden. Bei 6 Impfschnitten wurden bei den ersteren 38 768 Pusteln erzielt.

Sehr häufig wurde beobachtet, dass sich aus 1 Impfschnitte 2—3, ja ganze Gruppen von Pusteln entwickelten. Solche Berichte liegen vor aus den Amtsbezirken Ebersberg, wo bei 6 Impfschnitten 20—24 Pusteln gezählt wurden, dann aus Moosburg, Wolfrathshausen, Neukirchen, Grafenau, Landau a. I., Kusel, Neumarkt, Hemau, Bamberg (Stadt), Gunzenhausen, Schwabach, Münnerstadt, Donauwörth und Günzburg. Der Impfarzt von Hofheim berichtet, dass manchmal auch wohlausgebildete Pusteln an Stellen entstanden, wo kein Impfschnitt gesetzt worden war. Dass sich bei schwächlichen, durch Krankheiten herabgekommenen und im Geburtsjahre geimpften Kindern weniger und kleinere Pusteln entwickelten als bei kräftigen und älteren Kindern wurde auch im Berichtjahre wiederholt beobachtet. So wurden im Amtsbezirke Berneck bei den älteren Kindern 4,8 Pusteln, bei den im Geburtsjahre Geimpften mit derselben Lymphe nur 3,4 Pusteln pro Kind erzielt. Der Autorevaccination geschieht nur von wenigen Impfärzten Erwähnung. Es wurden mit der Autorevaccination meist keine grossen Erfolge mehr erzielt. Im Amtsbezirke Schongau wurden bei Autorevaccinationen, die bei einblatterigen Fällen vorgenommen wurden, manchmal auch spät entwickelte Blattern der vorhergegangenen Impfung beobachtet. Von 35 im Amtsbezirke Dürkheim vollzogenen Autorevaccinationen blieben 8 ganz erfolglos, während die übrigen nur Abortivpusteln zur Entwicklung brachten.

Spätentwicklung sowohl als auch Frühreife der Impfpusteln wurden von einer grossen Anzahl von Amtsärzten beobachtet; jedoch waren es meist nur einzelne Fälle. Der Impfarzt von Hammelburg beobachtete, dass bei den Wiederimpflingen die Pusteln stärker entwickelt und um so zahlreicher sich zeigten, je weniger Narben von der ersten Impfung sichtbar waren. Der Impfarzt von Alzenau sah bei einzelnen Wiederimpflingen 15, 17, ja 20 Pusteln sich entwickeln. Diese abnormen Pustelzahlen kamen gerade bei Solchen vor, welche auf die erste Impfung nur in geringem Grade reagirt hatten.

Varicellen und Impfblattern konnten nicht selten gleichzeitig auf einem Kinde beobachtet werden. Solche Mittheilungen liegen vor aus den Impfbezirken Altötting, Kusel, Bamberg (Land), Pottenstein, Staffelstein, Kipfenberg, Neustadt a. S., Lohr und Füssen.

Ein Erstimpfling des Amtsbezirks Nördlingen zeigte beim Impftermine eine mässige Anzahl von Varicellen. Da das Allgemeinbefinden des Kindes gut war, wurde dasselbe geimpft, worauf 3 schöne, grosse Impfpusteln sich entwickelten.

Ueber den ganzen Körper verbreitete Hautausschläge in der Form von Erythemen und Exanthemen nach der Impfung wurden in vielen Amtsbezirken beobachtet. Diese Hauterkrankungen blieben jedoch stets vereinzelt und störten das Allgemeinbefinden der Kinder entweder gar nicht oder in keinem nennenswerthen Grade. Fieber trat im Gefolge dieser Exantheme nur selten auf. In wenigen Tagen blassten diese Hautausschläge wieder ab und verschwanden dann gänzlich. Von solchen Folgeerscheinungen berichten die Impfärzte von Altötting, Berchtesgaden, Prien, Kötzting, Neukirchen, Rockenhausen, Kusel, Grünstadt, Cham, Hemau, Bamberg (Stadt), Schwabach, Münnerstadt, Stadtprozelten, Marktheidenfeld und Günzburg. Der im Amtsbezirke Grünstadt beobachtete Fall von einem Hautausschlage post vaccinationem liess das Gerücht einer Impfschädigung entstehen. Es handelte sich um einen Erstimpfling, bei welchem die rechte Hand und das Gesicht sich rötheten. Auf dem geimpften Arm war keine starke Röthung bemerkbar, und es schien zweifelhaft, ob das Erythem auf die vorausgegangene Impfung zu beziehen sei. Der Ausschlag heilte in kurzer Zeit ohne jeden Schaden.

Abnorme Pustelbildungen wurden in vereinzelten Fällen in mehreren Amtsbezirken beobachtet. So entwickelten sich bei einem Erstimpfling des Amtsbezirks Reichenhall die Impfefflorescenzen zu Blasen, und ebenso kam in deren nächster Umgebung ein Kranz von blasenartigen Secundärpocken zum Vorschein. Der Verlauf war völlig gutartig, und das Allgemeinbefinden des Impflings blieb ungestört. Bei einem Erstimpfling des Amtsbezirkes Geisenfeld entwickelten sich auf dem Boden eines chronischen Ekzems hauptsächlich im Gesichte eitrige Pusteln mit Bildung beträchtlicher Hautgeschwüre offenbar in Folge von Selbstinfection durch Kratzen mit den Fingernägeln. Es erfolgte glatte Heilung nach mehreren Wochen. Der Amtsarzt von Kusel sah bei einem Erstimpfling am 10. Tage nach der Impfung in der Umgebung der Impfpusteln unter starker Röthung und Anschwellung des Armes 10 Pusteln auftreten, die vollständig den Charakter der Vaccinepusteln hatten. Es erfolgte glatte Heilung. Von einem allgemeinen Vaccineausschlag berichtet der Impfarzt von Bamberg (Land). In Kronach trat bei einem Erstimpfling ein pustulöses Exanthem am Rumpfe auf, ohne das Allgemeinbefinden zu stören. In demselben Amtsbezirke entstanden bei 2 Kindern, welche an Erythema intertrigo litten, und zwar in den Hautfalten des Halses und der Achselgrube, an den erkrankten Hautstellen Blattern von dem gleichen Aussehen wie die Impfblattern. Die Störung war von Fieber begleitet, jedoch trat bald völlige Genesung ein. Bei einem Erstimpfling des Amtsbezirks Heidenheim bildete sich jedenfalls durch Selbstinfection in Folge von Kratzen in der Achselhöhle eine Reihe von confluirenden Pusteln, welche dem Kinde sehr lästig waren. Das Kind genas in normaler Zeit völlig. Im Amtsbezirke Roding entstand bis zum Nachschautage bei einem Erstimpfling eine Pustel am unteren Augenlid ohne Zweifel durch Aufkratzen der Haut mittels der Fingernägel und Verschleppung des Impfstoffes auf die verletzte Hautstelle. Das Auge wurde nicht in Mitleidenschaft gezogen. Ein viel ernsteres Aussehen bekam ein ähnlicher Fall im Impfbezirke der Stadt München. Ein Erstimpfling, bei welchem am oberen Lid des linken Auges ein Gerstenkorn im ersten Entstehen begriffen war, kratzte sich dieses zur Zeit der Pustelreife auf. In Folge von Selbstinfection entstand alsbald eine Eruption einer grossen Menge von Secundärpusteln auf dem Augenlide. Trotzdem sofort ein dichter Occlusivverband angelegt wurde, ging doch die Erkrankung auf das andere Auge über, und es bildete sich bald auf beiden Seiten eine so enorme oedematöse Lidschwellung aus, dass mehrere Tage hindurch vollkommener Lidverschluss bestand. Die Befürchtung, es möchten die Augen durch Uebergreifen des pustulösen Processes auf die Hornhaut schweren Schaden nehmen, erwies sich als grundlos, da es gelang, die Krankheit zum Stillstande zu bringen, und nach 14 tägiger Behandlung trat völlige Heilung ohne jeden bleibenden Nachtheil ein. Ein absonderlicher Fall kam im Impfbezirke Garmisch zur Beobachtung. In einem sehr unreinlichen Hause trat bei einer älteren Frau, die ein geimpftes Kind in Pflege hatte, eine grosse Impfpustel an den Schamlippen auf und verursachte eine 6 Tage dauernde starke Scheidenentzündung, die ärztliche Hilfe erforderte. Im Amtsbezirke Berchtesgaden wurde ein im Vorjahre wegen congenitaler Syphilis zurückgestellter Erstimpfling am Schlusse der Impfung unter besonders sorgfältiger Desinfection des Impfinstrumentes geimpft. Bei der Nachschau zeigte sich neben 6 Impfpusteln eine floride syphilitische Roseola. Der Amtsarzt von Neu-Ulm, welcher sich seit 15 Jahren bei Beginn der Impfung stets selbst mit 2 Impfschnitten zu impfen pflegte, ohne dass er jemals einen Erfolg damit erzielt hätte, bekam im Berichtjahre 2 sehr stark entwickelte Pusteln. Bei einem Erstimpfling des Amtsbezirks Arnstein verzögerte sich die Abheilung der Pusteln ungewöhnlich lange, da sich an den Impfstellen immer wieder neue schwammige Granulationen bildeten, welche geringe Neigung zur Heilung zeigten. Endlich trat aber doch Heilung ein. Ein im Jahre 1896 geborenes, kräftig entwickeltes Kind des Amtsbezirkes Freyung wurde 1897, 1898 und 1899 ohne jeden Erfolg geimpft. Da es auch der hochgradig wirksamen Lymphe des Berichtjahres widerstand, glaubt der Amtsarzt, hier einen unzweifelhaften Fall von Immunität vorliegen zu sehen.

Die Amtsärzte der Bezirke Ebersberg, Neustadt a. S., Oettingen und Immenstadt berichten von Versuchen der Mütter, die Lymphe unmittelbar nach der Impfung aus den Schnittinsertionen wegzuwischen, ja selbst auszusaugen. Diese Versuche scheinen jedoch von keinem nennenswerthen Erfolge gekrönt gewesen zu sein. Nur bei einigen Schulkindern, welche bestrebt waren, den Impfstoff durch Pressen der Haut aus den Schnitten zu entfernen, so dass sogar Blutaustritt in die Haut entstand, scheinen sich in Folge dieser Procedur die Impfpusteln weniger stark entwickelt zu haben.

Auch im Berichtjahre hatte sich der Impfarzt von Waldsassen, wie schon früher, über zwei angebliche Impfschädigungen zu äussern. Es handelte sich beide Male um Fälle von Kinderlähmung. In einem dieser Fälle war die Photographie des angeblich durch die Impfung geschädigten Kindes in zwei Aufnahmen dem Acte beigefügt. In beiden Fällen konnte festgestellt werden, dass ein ursächlicher Zusammenhang mit der Impfung absolut nicht bestand.

Die Impfung hatte im Berichtjahre wieder in einer Anzahl von vereinzelten Fällen mehr minder starke reactive Entzündungen, Röthung und Schwellung der Impfstelle, manchmal auch der Umgebung in mehr minder grossem Umfange zur Folge. Solche einfache Vorkommnisse von Entzündung der Impfstelle und ihrer Umgebung werden aus 36 Amtsbezirken gemeldet. Wenn auch die Lymphe des Berichtjahres von ganz besonderer Virulenz war, so machen doch die ärztlichen Berichte durchaus nicht den Eindruck, als ob diese reactiven Entzündungen im Berichtjahre in grösserer Zahl und Verbreitung oder intensiver aufgetreten wären, als in früheren Jahren. In keinem einzigen Falle lag eine Massenerkrankung vor. Fast durchwegs betrafen

diese Fälle von leichtem Rothlauf, wenn man solche reactive Entzündungen so nennen will, Wiederimpflinge, welche durch Unachtsamkeit und zu geringe Schonung des Arms, manchmal auch durch directe Insulte der Impfstelle, wie Kratzen mit den schmutzigen Fingernägeln, diese Krankheitserscheinungen veranlassten.

Wenn der Impfarzt von Mitterfels behauptet, 2 mal Rothlauf nach Anlegung der „in München üblichen Schutzverbände" gesehen zu haben, so muss berichtigend bemerkt werden, dass in München niemals Schutzverbände üblich waren und auch heute nicht üblich sind. Im Amtsbezirke Ludwigshafen erkrankte ein mit Kopfgrind behafteter Impfling in der 2. Woche an wanderndem Blasenrothlauf am Kopf und Arm, das indessen binnen wenigen Tagen heilte.

Schwerere Entzündungen der Impfstelle und Umgegend, die von mehr minder bedeutender Schwellung der Achseldrüsen des ergriffenen Armes gefolgt waren, ohne dass es jedoch zu einer Abscedirung kam, sind mehrfach vorgekommen. So sah der Impfarzt von Garmisch bei einem Wiederimpfling eine starke Schwellung der Achseldrüsen. Bei einem Wiederimpfling des Amtsbezirks Viechtach trat ausgebreitete Röthung und Infiltration der oberen Hälfte des Oberarms mit starker Schwellung der Achseldrüsen auf. In Kötzting wurde bei 5, in Rain bei 7 Wiederimpflingen eine Entzündung des Arms mit Schwellung der Achseldrüsen beobachtet. Der Impfarzt von Erbendorf berichtet, dass in einem Falle 8 Tage nach der Controle eine starke Entzündung um die theilweise aufgerissenen Pusteln sich bildete mit namhafter Betheiligung der Achseldrüsen. Ein Wiederimpfling des Amtsbezirks Bamberg (Land) zeigte später bei starker Reaction der Umgebung einer der Blattern eine Lymphgefässentzündung mit Drüsenschwellung.

Eine weitere Steigerung der Krankheitserscheinungen nach der Impfung stellen die phlegmonösen Processe an der Impfstelle dar, welche ausnahmslos auf einer Spätinfection der Impfstelle beruhten. In der grössten Anzahl dieser Fälle wird von den Impfärzten ausdrücklich bemerkt, dass die Impflinge unter grosser Ungunst der Wohnungs- und Lebensverhältnisse gelitten hätten, und dass Schmutz und grobe Vernachlässigung der Impfstelle als Ursache der Erkrankung angesehen werden mussten. Die Möglichkeit der Spätinfection der Impfstelle wird ja selbstverständlich niemals aus der Welt geschafft werden können, doch steht zu hoffen, dass mit der Verbreitung der Einsicht der Bevölkerung in die Ursachen einer Wundinfection die auf Grund dieser Infection entstehenden phlegmonösen Processe sich vermindern werden. Wir möchten nicht unterlassen, auf sämmtliche, im ganzen Lande vorgekommenen und zur Kenntniss der Amtsärzte gelangten, schwereren Erkrankungen, welche auf eine Wundinfection der Impfstelle zurückzuführen waren, etwas näher einzugehen. Im Amtsgerichte Geisenfeld zeigte ein Wiederimpfling in der dritten Woche nach der Impfung eine starke Eiterung unter und neben den Blatternschorfen in Folge grosser Unreinlichkeit und Kratzen mit den Fingernägeln. Im Amtsbezirke Kaiserslautern wurden 2 mal Vaccinalgeschwüre beobachtet. Bei einem Erstimpfling des Amtsbezirks Waldsassen entwickelte sich eine Phlegmone mit dem Ausgang in Abscessbildung, die einen normalen Verlauf nahm. Bei einem Knaben des Impfbezirkes Bamberg entstand in Folge des Aufkratzens der Impfpusteln mit den Fingernägeln ein Impfrothlauf, sodann ein grosses Geschwür, welches einen ärztlichen Eingriff erforderte. In demselben Bezirke kam es bei einem gesunden Erstimpfling ohne erkennbare Ursache zu Verschwärung der Blattern mit bedeutendem Substanzverluste. Der Impfarzt von Alzenau berichtet, dass ein praktischer Arzt des Bezirks bei einigen Wiederimpflingen etwa 10 Tage nach der Impfung rothlaufartige Entzündungen mit darauffolgender starker Eiterung, die ohne üble Folgen ablief, gesehen und behandelt haben soll. Im Gefolge einer ausserordentlichen Impfung, welche im Amtsbezirke Dettelbach nothwendig wurde, kam es bei einem im Krankenhause befindlichen Knecht von 67 Jahren zu einem Impfrothlauf. Ebendort wurden bei einer 84 und einer 65 jährigen Frau die zwischen den 6 Impfstichen befindlichen Hautbrücken von einer starken Entzündung ergriffen, welche in Gangraen dieser Hauttheile ausging, so dass die Blattern in eine einzige Geschwürsfläche zusammenflossen. Hier mag wohl das hohe Alter der Kranken und die hierdurch bedingte schlechte Ernährung des Hautgewebes disponirend eingewirkt haben. Schliesslich trat vollständige Heilung ein. Bei einigen Wiederimpflingen des Amtsbezirkes Schweinfurt kam es auch zu Ausschwärung der Pusteln und zwar in Folge von grosser Unreinlichkeit. Auch in Münnerstadt verwandelten sich bei einem Wiederimpfling einige Blattern in sinuöse Geschwüre. Auf dem eiterigen Geschwürsgrunde stiessen sich kleine, nekrotisch gewordene Gewebstheile ab, worauf es zur Heilung der Geschwüre mittels Granulationen kam. Das Allgemeinbefinden des Kranken war nicht erheblich gestört. In den Amtsbezirken Nördlingen, Günzburg und Krumbach trat bei je 2 Kindern eine tiefer gehende Hautverschwärung an der Impfstelle auf. Der Verlauf war in allen Fällen gut. Von den 2 erkrankten Kindern des Amtsbezirks Krumbach wird ausdrücklich bemerkt, dass ungenügende Reinlichkeit und schlechte Behandlung der Impfstelle den Grund zur Erkrankung abgegeben habe. Bei einem skrophulösen Erstimpfling des Amtsbezirks Rain bildeten sich an sämmtlichen 6 Impfstellen statt der Blattern ziemlich grosse, 1 mm tiefe Geschwüre mit steilen Rändern, welche erst nach mehreren Wochen sich abflachten und ausheilten. Zum Schlusse mag noch ein abnormer Verlauf der Impfung, welcher in der Stadt München beobachtet wurde, hier angeführt werden. Bei der Herbstimpfung des Jahres 1899 zeigten die Blattern eines Erstimpflings im Laufe der zweiten Woche einen hässlichen, speckigen Belag unter gleichzeitiger starker Röthung und Schwellung des Oberarms in Folge von secundärer Infection der Impfwunde. Die Schwellung ging allmählich auf den Vorderarm über, und während die Impfstelle sich in normaler Weise reinigte, entstand am Vorderarm unter schwerer Störung des Allgemeinbefindens ein grosser Zellgewebsabscess, der durch Incision entleert wurde. Allmählich ergriff die phlegmonöse Schwellung auch die Hand, auf deren Rücken sich in der Form eines stark prominenten Ganglions ein Sehnenscheidenabscess bildete. Auch dieser wurde geöffnet und die Hand des Kindes auf einem Handbrett fixirt. Die allgemeine Schwellung ging jetzt zurück, jedoch verzögerte sich die Heilung des Abscesses so bedeutend, dass erst nach 2 ½ Monaten das Kind als völlig genesen entlassen werden konnte. Die Beweglichkeit der Finger hatte nicht im Geringsten gelitten. Es kam daher auch bei diesem Falle, wie in sämmtlichen anderen, hier aufgeführten Krankheitsfällen, welche als Folgeerkrankung der Impfung aufgefasst werden mussten, zu einer vollständigen Heilung der Erst- und Wiederimpflinge.

Auch im Berichtjahre ereigneten sich wieder, wie in früheren Jahren, in der Impfzeit, und selbstverständlich auch manchmal in der Zeit zwischen Impfung und Nachschau schwere Erkrankungsfälle, die den Tod des erkrankten Impflings im Gefolge hatten. Diese Erkrankungsfälle, welche fast ausnahmslos einer genauen Nachforschung unterstellt wurden, hatten mit der vorausgegangenen Impfung keinerlei ursächlichen Zusammenhang.

Im Amtsbezirke Aichach verstarb ein 10 Monate altes Kind, das noch am Tage der Impfung erkrankt war, am Tage vor der Nachschau nach dem Gutachten des behandelnden Arztes an Pneumonie. Ein Wiederimpfling des Amtsbezirks Moosburg ist nach 2 tägiger Krankheit vor der Controle gestorben. Es war ein schwachsinniges Mädchen, welches am 3. Tage nach der Impfung an Athmungsbeschwerden und Schwächeanfällen erkrankte. Eine ärztliche Behandlung hatte nicht stattgefunden. Die Impfschnitte, welche keinen Erfolg aufwiesen, waren geschlossen und reactionslos geheilt. Die Todesursache wird wahrscheinlich Pneumonie oder Croup gewesen sein. Im Amtsbezirke Tittmoning starben bald nach der Impfung 4 mit Erfolg geimpfte Kinder an Brechdurchfall und Eklampsie nach profusen Diarrhöen. 2 dieser Kinder waren schon am Impftage mit Diarrhöen behaftet, ein Umstand, den die Mütter bei der Impfung verschwiegen hatten. Auch im Amtsbezirke Geisenfeld erlag ein Erstimpfling am 5. Tage nach der Impfung der Eklampsie. 3 Impflinge der Amtsbezirke Vilsbiburg und Vilshofen starben in der Zeit zwischen Impfung und Nachschau an Brechdurchfall und Lungenentzündung. Auch in den Amtsbezirken Schwandorf und Erbendorf war die Lungenentzündung Ursache des Todes zweier Kinder. Der eine Todesfall ereignete sich zwischen Impfung und Nachschau, der andere 10 Tage nach der Nachschau. Die Impfstellen zeigten nicht die geringste Abnormität. In dem einen Falle wurde ärztliche Hilfe erst begehrt, als bereits Convulsionen und beginnende Herzschwäche den nahen Tod anzeigten. In der gleichen Zeit starb ein Erstimpfling des Amtsbezirks Bamberg (Land) an Eklampsie. 4 Kinder der Amtsbezirke Rothenburg, Hofheim und Krumbach verstarben ebenfalls in der Zeit zwischen Impfung und Nachschau an Bronchitis, Pneumonie, Brechdurchfall und Eklampsie. Im Amtsbezirke Immenstadt wurde ein scheinbar vollkommen gesunder Erstimpfling, der während der Kirchenzeit unbeaufsichtigt geblieben war, am 2. Tage nach der Impfung von den nach Hause zurückgekehrten Angehörigen todt in seinem Bettchen aufgefunden. Die Todesursache ist unaufgeklärt geblieben; die Impfung war jedoch sicherlich nicht schuld an diesem Unglücksfalle. Ein weiterer Todesfall, der jedoch nicht verbürgt zu sein scheint, soll während des Vaccineverlaufes am 6. Tage nach der Impfung in Oggersheim vorgekommen sein. Als Todesursache hat sich die Angabe „Gehirnentzündung" gefunden.

Im Amtsbezirke Ludwigshafen soll ein 6 Monate altes, am 29. Mai von dem Amtsarzte geimpftes Kind in der 2. Woche des Juni an einem von der Impfstelle ausgegangenen, wandernden Erysipel erkrankt und am 19. Juni gestorben sein. Im Amtsbezirke Kaiserslautern wurde auf Andrängen der Eltern ein 6 Monate altes Kind, das mit Ekzema capitis behaftet war, geimpft. Hierauf bildete sich in der Umgebung der Impfstelle, ferner auf dem Kopfe und Rumpfe ein förmliches Netz von Pusteln, und das Kind starb 14 Tage nach der Impfung.

Im Amtsbezirke Rosenheim hatte eine Notiz in dem Blatte „Der Impfgegner" die eingehende Untersuchung eines angeblich durch die Impfung eingetretenen Todes zur Folge. Das Kind, welches bei der Impfung gesund gewesen sein soll, starb plötzlich etwa 14 Stunden nach der Impfung. Die Section wurde nicht gemacht, ja überhaupt keine Meldung erstattet. Die Untersuchung verlief völlig resultatlos. Auch im Amtsbezirke Blieskastel, und zwar in der Gemeinde Erfweiler, sollte ein Kind an Impfschädigung gestorben sein. Die gerichtliche Section ergab jedoch als Todesursache einen grossen, jauchigen Abscess in der Wandung des Scrotums und Cavum ischio-rectale rechterseits mit Ausdehnung auf die vordere Seite des rechten Oberschenkels. Der Todesfall

betraf einen 11 Monate alten, schon seit längerer Zeit schwächlichen Knaben. Die Impfung geschah am 12. Mai, der Tod erfolgte am 26. desselben Monats. Die Impfstelle zeigte während der ganzen Krankheitsdauer kein abnormes Aussehen und die Pusteln nahmen einen völlig regelmässigen Verlauf. Die Erkrankung hatte offenbar schon am Tage der Impfung bestanden.

Privatimpfungen wurden im Berichtjahre im ganzen Lande 11 325 gezählt gegen 11 093 im Vorjahre. Von dieser Gesammtzahl waren 10 708 Erstimpfungen (im Vorjahre 10 378) und 617 Wiederimpfungen (im Vorjahre 715). Von den 10 708 privat vorgenommenen Erstimpfungen blieben 521, von den 617 privaten Wiederimpfungen hingegen 95 erfolglos. Diese Zahlen entsprechen einem Procentverhältnisse von 4,8 Proc. erfolglos geimpften Erstimpflingen (4,3 Proc. im Vorjahre) und von 13,9 Proc. ohne Erfolg vollzogenen Wiederimpfungen (11,6 Proc. im Vorjahre [3]). Es liegt also hier für das Berichtsjahr im Vergleiche zu dem Jahre 1898 eine nicht unbedeutende Verschlechterung der Erfolge der Privatimpfung vor, eine Erscheinung, die um so verwunderlicher ist, als einerseits die Lymphequalität im Allgemeinen im Berichtjahre entschieden über jener des vorausgegangenen Jahres stand, und andererseits für Privatimpfungen seit Jahren überhaupt nur die allerbesten Lymphesorten abgegeben zu werden pflegen. Diejenigen, welche sich durch die Thatsache von der Minderwerthigkeit der Privatimpfung unangenehm getroffen fühlen, pflegen dem Gewichte dieser Zahlen den Einwand entgegenzustellen, dass an den schlechteren Erfolgen eben die minder gute Beschaffenheit der an die Privatärzte abgegebenen Lymphe schuld gewesen sei. Wer sich aber mit dem eingehenden Studium der Impfberichte zu befassen Gelegenheit hat, wird finden, dass von Aerzten, welche die nämliche Lymphesorte an einem und demselben Tage aus der Anstalt beziehen, die Einen mit vorzüglichem und tadellosem, die Anderen mit geringem Erfolge impfen. Dieser Einwand muss daher als haltlos bezeichnet werden. Ein anderer Einwand ist der, dass man sagt, man könne aus der Statistik Alles beweisen, was man wolle. Dieser nicht weniger haltlosen Behauptung muss entgegengehalten werden, dass es in solchen Fragen einen anderen oder einen stricteren Beweis als den Zahlenbeweis eben nicht gibt. Dieser ist auch keine Errungenschaft von heute oder von gestern, sondern er ist uralt, und wer die Richtigkeit der auf statistischer Grundlage gewonnenen Schlussfolgerungen anstreitet, wird verpflichtet sein, an die Stelle der statistischen Methode eine bessere zu setzen.

Das Eingehen auf Einzelheiten der vorstehend angeführten Gesammtstatistik ist nicht ohne Interesse. In der Landeshauptstadt wurden öffentlich ohne Erfolg geimpft 0,1 Proc., privat 3,2 Proc., mit dem Erfolge von nur einer Blatter öffentlich: 0,4 Proc., privat 6,8 Proc.; bei der Wiederimpfung öffentlich 0,08 Proc., privat 15,9 Proc. Bei der ersten Impfung trafen auf 1 Kind: öffentlich 5,9 Pusteln, privat 2,6 Pusteln. Im ganzen Regierungsbezirke Oberbayern ergibt sich für die Privatimpfung ein Fehlerfolg von 3,4 Proc., für die öffentliche Impfung ein solcher von 0,5 Proc. In der Pfalz wurden 2124 Privatimpfungen vorgenommen, davon 2007 Fälle mit Erfolg (94,4 Proc.), 117 ohne Erfolg (5,5 Proc.). Mit dem Erfolge von nur einer Blatter wurden geimpft 130 (6,1 Proc.). Im Ganzen wurden 7311 Blattern erzielt = 3,3 pro Kind. Für die öffentliche Impfung lauten die Ziffern derselben Kategorie: 99,2 Proc., 0,77 Proc., 2,8 Proc., endlich 5,1 Pusteln pro Kind. Der Amtsarzt von Landau äussert sich dahin, dass das Resultat der Privatimpfung des Amtsbezirkes Landau, wie jedesmal, so auch im Berichtjahre, im Vergleiche zu jenem der öffentlichen Impfung zu Ungunsten der ersteren ausgefallen sei. Einem Fehlerfolge von 0,43 Proc. bei der öffentlichen Impfung stehen bei der Privatimpfung Fehlerfolge von 13,04 Proc. gegenüber. Bei 5 Schnitten entwickelten sich bei der öffentlichen Impfung 4,77 Pusteln, bei der gleichen Schnittzahl bei der Privatimpfung 3,4 Pusteln. Einblatterige Fälle bei der öffentlichen Impfung 0,9 Proc., bei der Privatimpfung 10,1 Proc. Im Amtsbezirke Bamberg trafen auf 1 Kind bei der öffentlichen Impfung 6,02 Pusteln, bei der privaten 3,7. Der Amtsarzt sagt hierüber: „Die Ergebnisse der Privatimpfung waren wie in allen früheren Jahen in jeder Beziehung gegenüber der öffentlichen Impfung minderwerthig.“ Die Betrachtung dieser Frage ergibt für sämmtliche Regierungsbezirke des Königreichs dieselben ungünstigen Resultate für die Privatimpfung, und die in einzelnen Amtsbezirken erhaltenen Differenzzahlen erscheinen mit auffallender Constanz in den grossen Zahlengruppen der 8 Regierungsbezirke wieder. Mittelfranken mit seiner grossen Zahl von Privatimpfungen hat im Berichtjahre die ungünstigsten Zahlen aufzuweisen — 8,8 Proc. Fehlerfolg.

[3]) Die Berechnung der im ganzen Königreich erfolglos öffentlich Geimpften ergibt die Procentzahl 0,8 für sämmtliche Erst- und 0,9 für sämmtliche Wiederimpfungen.

Im Berichtjahre kamen in 6 Regierungsbezirken Fälle von Widerstand gegen das Gesetz der Schutzpockenimpfung zur Meldung.

In der Landeshauptstadt scheint in 35 Fällen unzweifelhaft dem Fernbleiben von der Impfung Absicht zu Grunde gelegen zu haben. Diese Fälle wurden dem Amtsanwalt zur weiteren Behandlung übergeben. In den Amtsbezirken von Neustadt a. H. und Grünstadt kamen einige wenige Fälle von Widersetzlichkeit gegen die Impfung vor. Direct verweigert wurde diese von den Eltern in 2 Fällen im Amtsbezirke Annweiler. In Kaiserslautern wurde gegen 38 Eltern, welche ihre Kinder der Impfung entzogen, Strafantrag gestellt. Ziemlich gross scheint auch in Pirmasens die Zahl der absichtlich von der Impfung Ferngebliebenen gewesen zu sein. Dieser Umstand erklärt sich aus der Abneigung gegen die Impfung, welche besonders vom homöopathischen und Naturheilvereine mit allen Mitteln genährt wird. In den Amtsbezirken Herzogenaurach, Sesslach, Altdorf, Schwabach, Herrieden, Hilpoltstein, Eltmann, Gemünden, Mellrichstadt und Sonthofen haben sich ebenfalls einzelne Pflichtige vorschriftswidrig der Impfung entzogen. In der Stadt Fürth widersetzten sich der Impfung 8 und in Schwabach 3 Kinder von Impfgegnern. In Roth a. S. entzogen sich der Impfung 4 Kinder und zwar Angehörige der Gemeinde Spalt. Sie gehörten 2 Familien an. 2 Pflichtige waren die Kinder eines notorischen Impfgegners, die beiden anderen gehörten der Familie eines früheren Naturheilanstaltsbesitzers an. In Ochsenfurt wurden 3 Kinder aus Gnodstadt aus den bekannten impfgegnerischen Gründen der Impfung entzogen. Im Amtsbezirke Türkheim blieben 4 Kinder von Impfgegnern von der Impfung weg. Absicht lag auch in der Stadt Augsburg bei 3 Pflichtigen dem Fernbleiben von der Impfung zu Grunde. Auch in diesen Fällen wurde gegen die Eltern Strafantrag gestellt.

Zu ausserordentlichen Impfungen war im Berichtjahre in 4 Regierungsbezirken durch das Auftreten von Blattern Anlass gegeben.

Im Amtsbezirke München bedingte ein sehr rasch tödtlich verlaufender Fall von Blattern in dem bei München gelegenen Dorfe Untermenzing die sofortige Impfung aller Einwohner und weiterer Personen, welche im Verkehre mit dem Kranken gestanden hatten. Im Landbezirke von Landshut gab ein Fall von Variolois bei einem 50 Jahre alten Bauern der Gemeinde Stadl Veranlassung zu einer ausserordentlichen Impfung. Die Krankheit soll dort durch einen böhmischen Erntearbeiter eingeschleppt worden sein. Weitere Erkrankungen kamen auf diesen einen Fall nicht mehr vor. Im Amtsbezirke Oberdorf wurden 2 ausserordentliche Impfungen vorgenommen, und zwar betraf diese Maassregel in einer Gemeinde sämmtliche Bewohner des dortigen Wirthshauses, in welchem ein Fall von Variolois aufgetreten war. Da die Kranke — ein Dienstmädchen — in's Districtskrankenhaus Oberdorf überführt wurde, impfte der dortige Amtsarzt auch sämmtliche Einwohner des Krankenhauses, wie auch sich selbst und seine Familie. Im Amtsbezirke Neuburg mussten sich auf Anordnung des k. Bezirksamts 21 im Bezirke beschäftigte italienische Maurer einer prophylaktischen Wiederimpfung unterziehen. Sie kamen ausnahmslos der Anordnung nach. Im Amtsbezirke Dettelbach wurden vom 15. April bis 3. Mai 585 in Dettelbach und Seligenstadt wohnende Personen geimpft. Veranlassung hiezu gab die Erkrankung von 2 russisch-polnischen Arbeitern des Weilers Seligenstadt an Blattern. Die Arbeiter waren in's Districtskrankenhaus geschafft worden, woselbst die Art der Krankheit festgestellt wurde. Alsdann wurde sofort über das Krankenhaus die Sperre verfügt, und alle seine Insassen, sowie die in der Umgegend Wohnenden, mussten sich der Impfung unterziehen. Eine weitere Erkrankung ist nicht mehr vorgekommen. Auch in den Amtsbezirken Marktbreit, Würzburg, Volkach, Gerolzhofen, Ochsenfurt, Werneck wurde, um der Gefahr der Blatterneinschleppung zu begegnen, auf Anordnung der Kreisregierung eine Anzahl von russisch-polnischen Arbeitern geimpft. In der Stadt Schweinfurt kam in Folge der Aufnahme einer auswärtigen Blatternkranken in's städtische Krankenhaus die ausserordentliche Impfung der Bewohner desselben zur Durchführung.

Störungen durch Infectionskrankheiten erfuhr die Impfung im Berichtjahre nur in unerheblichem Grade, da solche Krankheiten weder intensiv noch extensiv herrschten.

Die Masern brachten kleine locale Störungen in den Amtsbezirken Neumarkt a/R., Obermoschel und Marktbreit. In 3 Amtsbezirken mussten einzelne Impftermine wegen epidemischer Verbreitung des Keuchhustens auf eine spätere Zeit verschoben werden. In gleicher Weise gab hiezu die Diphtherie in den Amtsbezirken Königshofen und Donauwörth Veranlassung. Gehäufte Fälle von Unterleibstyphus in einigen Gemeinden der Amtsbezirke Parsberg, Waldmünchen und Kipfenberg führten zur Verschiebung der dort angesetzten Impftermine auf einen späteren Zeitpunkt. Auch andere Ursachen als epidemisch auftretende Infectionskrankheiten haben im Berichtjahre Störungen in den Impfplan einiger Amtsärzte gebracht.

So konnte im Bezirke Annweiler die Impfung wegen schwerer Erkrankung des Amtsarztes erst im Herbste durchgeführt werden. In St. Ingbert kam eine Störung des Impfgeschäftes in 2 Gemeinden vor. In dem einen Falle war die öffentliche Bekanntgabe der Impfung unterlassen worden; in dem anderen Falle musste die Nachschau in einem Privathause abgehalten werden, weil der dortige Lehrer das Impflocal (Schulhaus) verschlossen

hatte. Auch im Amtsbezirke Blieskastel waren die Impftermine nicht rechtzeitig bekannt gegeben worden, so dass bei der Ankunft des Arztes kein Impfling im Locale war. Der Arzt musste unverrichteter Dinge wieder abziehen und die Impfung auf einen späteren Termin verlegen. Im Amtsbezirke Cham brachte ein schweres Unwetter eine Ueberschwemmung des ganzen Regenthales, wesshalb einige Kinder nicht zur Nachschau gebracht werden konnten. Auch der Impfarzt vermochte den Controlort nur mit grösster Mühe zu erreichen. Im Amtsbezirke Parsberg ereignete sich das unliebsame Vorkommniss, dass die Lymphe durch ein Postversehen nicht eingetroffen war.

Im Ganzen liegen im Berichtjahre nur aus 11 Amtsbezirken Vorschläge zur besseren Durchführung des Impfgeschäftes vor, und zwar aus 2 Bezirken solche, welche sich auf die Verbesserung der Listenführung beziehen.

So wünscht der Amtsarzt von Auerbach, es möge die Ladung der Impfpflichtigen gegen Unterschrift der Eltern oder der Dienstherrn erfolgen; ferner möge die statistische Arbeit dadurch erleichtert werden, dass neben der Spalte „Zahl der entwickelten Pusteln“ auch eine solche für die Zahl der Bläschen bezw. Knötchen in den Impflisten angebracht wird. Der Amtsarzt von Arnstein wünscht eine bessere Führung der Impflisten, da in einzelnen Gemeinden sämmtliche, in anderen einige der im Vorjahre verstorbenen Kinder noch immer in der Liste aufgeführt sind, so dass man hinsichtlich deren Verbleibs auf die Aussagen der Anwesenden angewiesen ist. Aus dem Regierungsbezirke Pfalz erhebt sich der nahezu einstimmige Wunsch der Amtsärzte nach thunlichster Einschränkung der Privatimpfungen. Dieselben seien nicht nur durchwegs minderwerthig, sondern erschwerten das Impfgeschäft selbst, wie auch die geregelte Registrirung der Impfung. Die Bezirksämter seien wohl angewiesen, gegen die Aerzte, welche ihre Impflisten nicht rechtzeitig und in der vorgeschriebenen Form einsenden, unnachsichtlich mit Strafen vorzugehen, aber in Wirklichkeit bleibt nach dieser Richtung, wie aus der Revision der Impflisten in einer Anzahl von Amtsbezirken auch im Berichtjahre wieder hervorgeht, auserordentlich viel zu wünschen übrig. Auch der Amtsarzt von Gräfenberg bespricht die Erschwerung, die die Privatimpfung mit ihrer mangelhaften Listenführung in's Impfgeschäft bringt. Der Amtsarzt von Germersheim macht den Vorschlag, dass die Eltern, welche ihre Kinder privat impfen lassen, gehalten sein sollten, vorher oder doch spätestens am festgesetzten Tage des öffentlichen Impftermins entweder schriftlich oder mündlich davon dem Impfarzte Mittheilung zu machen. Der Amtsarzt von Vilsbiburg beklagt es als Missstand, dass die Impfungen gewöhnlich in Wirthshäusern abgehalten werden müssen, wo meist nicht nur ungünstige hygienische Verhältnisse in Bezug auf Heizung und Lüftung obwalten, sondern auch vielfach Gelegenheit zu Diätfehlern für die Impflinge gegeben ist. Irgend ein anderes öffentliches Local, z. B. ein Rath- oder Schulhaus würde sich zur Abhaltung der Impftermine viel besser eignen als die öffentlichen Gasthäuser. Der Berichterstatter kann sich dieser Würdigung der Gasthäuser in ihrer Eigenschaft als Impflocale nur voll und ganz anschliessen und hofft, dass es — was heute noch nicht möglich erscheint — mit der Zeit allmählich gelingen wird, nach dieser Richtung hin geeignete Abhilfe zu schaffen.

Auf die bestehenden Impfvorschriften beziehen sich die Vorschläge der Amtsärzte von Aichach, Obernburg und Neuburg. Der erstgenannte Arzt kann die Aufhebung der Bestimmung, dass Kinder mit nur einer Blatter einer wiederholten Impfung zu unterziehen sind, wenn diese neue Auffassung auch zweifellos angenehm empfunden werden wird, durchaus nicht billigen, da sie keine Verbesserung der Impfvorschriften darstellt. Der Amtsarzt von Neuburg wünscht die Erstimpfung auf beiden Armen wieder eingeführt zu sehen, jener von Obernburg macht den Vorschlag, es sollten die Eltern auf die Gefährlichkeit der platzenden Impfpusteln und deren Verunreinigung mit schmutziger Wäsche und insbesondere mit Mundspeichel aufmerksam gemacht werden. Derartige Wünsche dürften am besten durch die Vertheilung von gedruckten Circularen an die Angehörigen der Impflinge bei den öffentlichen Impfterminen zu erfüllen sein, und in manchen Amtsbezirken des Landes hat sich diese schon seit längerer Zeit eingeführte Maassregel, solche gedruckte Belehrungen über das Verhalten der Impflinge beim Impftermine zu vertheilen, ganz vorzüglich bewährt.

An die Adresse der k. Centralimpfanstalt richten sich Vorschläge aus 3 Amtsbezirken.

Der Amtsbezirk von Euerdorf macht den Vorschlag, dass die Lymphe in kleineren Gläschen verschickt werden möge, jener von Rehau, dass kleine Impfbezirke mit Lymphe von einem und demselben Thiere versorgt werden möchten. Der Berichterstatter bemerkt hiezu, dass es die Arbeit nicht wesentlich erschweren würde, wenn den üblichen Gläsertypen, die sich übrigens überall sehr gut eingeführt und bewährt haben, auch kleinere Gläschen für 20—30 Impfportionen beigegeben würden. Auch der Wunsch des Impfarztes von Rehau ist nicht schwer erfüllbar. Es würde nur nöthig sein, dass die Herren bei Gelegenheit der Anmeldung ihres Bedarfs einen solchen Wunsch ausdrücklich kundgeben. Wie in allen derartigen Fällen wird demselben nach Thunlichkeit entsprochen werden.

Der Impfarzt von Bergzabern spricht den Wunsch aus, es möge den Impfärzten, so weit dies möglich ist, der ungefähre Grad der Virulenz der Lymphe, z. B. mit den Qualificationen „mittel, über Mittel, unter Mittel“, und zugleich das Alter der jeweilig zugesandten Lymphe mitgetheilt werden, „um die Grösse und Zahl der Impfschnitte darnach regeln zu können“. Der Berichterstatter muss sich auf diese beiden Vorschläge dahin äussern, dass weder mit der Erfüllung des ersten, noch mit jener des zweiten Vorschlags den Collegen ein grosser Dienst geleistet werden würde. Es wäre ja einfach, die Lymphe eines ganzen Jahrganges mit einer Gesammtqualification, wie z. B. „mittel, über Mittel, unter Mittel“ zu versehen, aber man möge bedenken, dass sich unter den z. B. mit „über Mittel“ qualificirten Lymphesorten auch immer solche befinden, welche minder gut sind und daher jene Gesammtqualification nicht verdienen. Solche Lymphesorten würden, wenn sie auch noch als brauchbar zur Versendung zu erachten wären, dann in den Augen der Impfärzte als unrichtig qualificirt erscheinen, und es würde hiedurch das Vertrauen, das man der k. Centralimpfanstalt entgegenbringt, in Gefahr kommen, Schaden zu erleiden. Es ist aber auch noch der Fall denkbar, dass eine vorzüglich qualificirte Lymphe durch längeres Liegen plötzlich ihre ursprüngliche Virulenz in mehr oder weniger bedeutendem Grade eingebüsst hat. Das Resultat würde in diesem Falle das gleiche sein. Denn wenn auch seit Jahren keine Lymphesorte aus der Hand gegeben wird, welche nicht eine vielfache Vorprobe an Erst- und Wiederimpflingen durchgemacht hat, so ist es aus technischen Gründen doch nicht möglich, in jeder Woche über alle in der Anstalt lagernden Lymphesorten, die sich manchmal auf die stattliche Anzahl von 60 belaufen, vollkommen orientirt zu sein, und manche Sorten müssen abgegeben werden in dem Vertrauen, dass sie ihre bei der ersten eingehenden Vorprobe gezeigte Virulenz sich bewahrt haben. Meistens ist diese Annahme auch richtig. Da aber jede Lymphesorte ein Individuum für sich ist, so sind hier auch wohl Ausnahmen möglich, und jeder Impfarzt wird einsehen, dass eine von der Anstalt ertheilte Qualification in der Erfahrung des Impfarztes, in dessen Hände sie gelangt, möglicherweise ihre Bestätigung nicht finden kann. Solche Dinge müssen vermieden werden. Der Berichterstatter sieht in diesem Punkt auch schon auf eine Erfahrung zurück. Auf das Drängen einiger Impfärzte hat er es vor Jahren bereits versucht, die hinausgegebene Lymphe je nach den Ergebnissen der Vorprobe zu qualificiren. Es muss vorausgeschickt werden, dass keine Sorte versandt wurde, die sich nicht als gut verimpfbar erwiesen hat. Von solchen Aerzten nun, welche weniger gute Lymphesorten erhalten hatten, wurden diese flugs mit der Aeusserung wieder zurückgeschickt, sie möchten statt der erhaltenen Lymphe lieber eine Primalymphe empfangen, und so sah sich die Centralimpfanstalt schnell im Besitze von Tausenden von Portionen einer Lymphe, welche, da sie zum Vernichten viel zu gut war, ihre Reise in andere Amtsbezirke von Neuem antreten musste und hier anstandslos und mit gutem Erfolge verimpft worden ist. Der Berichterstatter hat im Laufe der Jahre die Erfahrung gemacht, dass er seinen impfenden Amtscollegen eine grosse Geschicklichkeit zutrauen und manchmal auch ohne Schaden eine weniger gute Lymphe in die Hand geben kann. Erstclassige Lymphesorten bekommen seit Jahren vor Allem die Privatärzte. Wenn nicht so verfahren würde, dann wären die Resultate der Privatimpfung noch viel schlechter, als sie ohnehin sind. Das Resultat, das der Impfarzt von Bergzabern mit seinem Vorschlage zu erreichen hofft, kann er in idealer Weise selbst erreichen, wenn er nach dem Beispiele des Amtsarztes von Hofheim der öffentlichen Impfung einige Probeimpfungen, zu denen an seinem Amtssitze gewiss Gelegenheit geboten ist, vorausgehen lässt. Das Resultat dieser Vorimpfungen wird ihn am sichersten über den Grad der Virulenz unterrichten, sowie ihm vollkommen brauchbare Anhaltspunkte über die Zahl und Grösse der Impfschnitte an die Hand geben.

Was nun den zweiten Vorschlag desselben Amtsarztes anlangt, über das Alter der Lymphe unterrichtet zu werden, so wäre dieser Wunsch seitens der k. Centralimpfanstalt leicht zu erfüllen, der Berichterstatter muss jedoch mit allem Nachdruck betonen, dass aus dem Alter der Lymphesorten auf den Grad ihrer Virulenz keine bindenden Schlüsse gezogen werden können

und dürfen. Es können lange abgelagerte Lymphesorten von vorzüglicher Wirksamkeit sein, und andere, erst vor kurzer Zeit gewonnene, ihre Wirksamkeit auffallend schnell eingebüsst haben. Wenn also die Impfärzte das Alter der Lymphesorten desshalb wissen wollten, um die Grösse und Zahl der Impfschnitte darnach einrichten zu können, so würden sie sich einem Trugschlusse hingeben, der ihnen nur Enttäuschungen bringen würde. Misserfolge würden auch bei dieser Vorsichtsmaassregel nicht ausbleiben. Wer mit der Production von Thierlymphe nicht selbst beschäftigt ist, hat kaum einen Einblick in die Summe von Schwierigkeiten, die sich der Durchführung einer grossen Impfung manchmal in den Weg stellen. Die Impfärzte mögen sich daher begnügen, die Lymphe so zu verimpfen, wie sie dieselbe bisher empfangen haben, d. h. ohne Angabe des Alters der Production und ohne Qualification.

Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Kopp über „persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers“.

Von Prof. C. Fraenkel in Halle a. S.

In seinem, No. 48 dieser Wochenschr., S. 1662 ff., erschienenen Aufsatz über „Persönliche Prophylaxe und Abortivbehandlung des Trippers beim Manne“ beschäftigt sich Prof. Kopp auch des Genaueren mit dem gemeinschaftlichen Aufrufe der deutschen Hochschullehrer der Hygiene an die studirende Jugend, der die Gefahren der Geschlechtskrankheiten schildert und auf die Wege zu ihrer Verhütung und Bekämpfung hinweist. Herr Kopp stellt den Unterzeichnern zunächst das Zeugniss aus, „dass sie den thatsächlichen Bedürfnissen des praktischen Lebens hinter den Mauern ihrer Laboratorien nicht ganz fremd geworden seien“, aber er entzieht dieser Anerkennung alsbald wieder den Boden, indem er hervorhebt, in dem Aufrufe werde „den jungen Leuten empfohlen, den sexuellen Verkehr unter allen Umständen zu vermeiden“ und knüpft an diese Behauptung eine Reihe weiterer gleichsinniger Bemerkungen, wie z. B., dass wir „das Unerreichbare anstreben“, einer „auf der Abschreckungstheorie basirten Empfehlung der absoluten Abstinenz“ das Wort geredet hätten u. s. f.

Als Redacteur des unter meinen Fachgenossen vereinbarten und der Oeffentlichkeit unterbreiteten Aufrufs sehe ich mich veranlasst und genöthigt, hiergegen Verwahrung einzulegen, um so zu verhüten, dass unser Vorgehen in ganz falschem Lichte erscheine.

In unserer Kundgebung wird die Frage des ausserehelichen Geschlechtsverkehrs an sich zu wiederholten Malen berührt, die hier der Reihe nach angeführt sein mögen. Es heisst dort S. 1 unten: „So muss ... darauf verwiesen werden, dass eine weise Zurückhaltung und Beschränkung im geschlechtlichen Verkehr ohne jeden Schaden für die körperliche und geistige Entwicklung des heranwachsenden jungen Mannes beobachtet werden kann; ferner S. 3: „Verzichtet vor allen Dingen möglichst auf den geschlechtlichen Verkehr“, und weiter: „Auch unter den vielen sonst empfohlenen Schutzmitteln bieten nur wenige eine gewisse Sicherheit, und so muss Jeder, der dem ausserehelichen Geschlechtsgenusse huldigt, mit der Möglichkeit, ja mit der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung rechnen“; endlich S. 4: „Bis dieses Ziel (d. h. Heilung des Leidens) aber erreicht, muss jeder geschlechtliche Verkehr unterbleiben“.

Alle diese Worte und Sätze sind mit Sorgfalt und Vorbedacht gewählt und gewissermaassen auf die Goldwage gelegt worden, ehe sie in unserem Aufrufe ihre Stelle gefunden haben. Begreift es sich doch leicht, dass es selbst in dem kleinen Kreise der engeren Berufsgenossen nicht ganz geringe Schwierigkeiten machte, über so heikle und vielumstrittene Punkte eine Verständigung herbeizuführen und eine allen Theilen genehme Fassung festzustellen. Aber wir sagten uns, dass einmal in der Kundgebung eine Warnung vor dem ausserehelichen Verkehr nicht fehlen dürfe, da schlechterdings Niemand wird bestreiten können, dass mit der grösseren oder geringeren Häufigkeit desselben die Gefahr der Ansteckung steigt und sinkt, und auch der „Freieste“ zugeben wird, dass eine „Beschränkung“ in vielen Fällen gewiss möglich ist. Auf der anderen Seite aber war wenigstens die Mehrzahl unter uns der Ueberzeugung, dass wir hier nicht als Moralprediger, sondern allein als Aerzte auftreten und also mit den thatsächlichen Verhältnissen rechnen mussten, die uns bekanntlich seit Jahrtausenden lehren, dass den illegitimen Geschlechtsgenuss überhaupt in Acht und Bann zu erklären, ungefähr den gleichen praktischen Werth und Erfolg hat, als „verböte man dem Seidenwurm zu spinnen, der Lerche jubelnd in die Luft zu flieh'n!“

Dass wir damit überall da, wo man Vogelstrausspolitik in diesen Dingen treibt, Aergerniss erregen würden, war uns nicht zweifelhaft. In der That haben auch beispielsweise die Sittlichkeits- und Frauenvereine Anstoss an der Nachsicht genommen, die wir dem sündigen Fleische gegenüber geübt, und selbst die amtlichen Vertreterschaften einiger, freilich nur recht weniger deutscher Hochschulen haben es vorgezogen, sich in den Tugendmantel zu hüllen und hinter das Panier der strengen Enthaltsamkeit zu verkriechen, anstatt einmal dem erreichbaren Ziele zuzustreben und die Gefahren zu bekämpfen, vor denen gerade die später Frömmsten im Lande in den Tagen ihrer heissblütigen Jugend keineswegs ganz sicher zu sein pflegen. Die „Tendenz“ ist eben je und immer die bitterste Feindin der nüchternen Wahrheit gewesen.

Das Alles ist, wie gesagt, für uns nicht überraschend. Aber dass man uns nun den gegentheiligen Vorwurf machen und einer übertriebenen, einer unpraktischen Sittlichkeitsschwärmerei anschuldigen würde, das haben wir nicht erwartet und konnte auch nur von Seiten eines Kritikers geschehen, der, wie Herr Kopp, unseren Aufruf entweder gar nicht oder mit grösster Flüchtigkeit gelesen hat, und der desshalb mit Voraussetzungen und Behauptungen operirt, die den wahren Sachverhalt geradezu auf den Kopf stellen.

Bemerkung zu dem Artikel von Prof. Heller in Kiel: „Zur Lehre vom Selbstmord“

in No. 48 d. Wochenschrift.

Von Dr. Bestelmeyer, Generalarzt.

In dieser sehr interessanten Arbeit findet sich der Satz, dass „die veralteten, die Section der in Armee und Marine vorkommenden Todesfälle — abgesehen von gerichtlichen Fällen — fast unmöglich machenden Bestimmungen beseitigt werden müssen“.

Um den diesen Verhältnissen ferner Stehenden ein richtiges Urtheil zu ermöglichen, darf hiezu Folgendes bemerkt werden.

Für die Vornahme der Obductionen verstorbener Militärpersonen bestimmt die Friedens-Sanitäts-Ordnung für das bayer. Heer vom Jahre 1893 gleichmässig mit der preussischen Friedens-Sanitäts-Ordnung vom Jahre 1891, dass

1. die Obduction verstorbener Militärpersonen nur dann zu unterbleiben hat, wenn seitens der Angehörigen beim Chefarzt dagegen Einspruch erhoben und trotz angemessener, sachlicher Entgegnung aufrecht erhalten wird;

2. der Einspruch hinfällig wird, wenn der Richter die Obduction zur Ermittelung der Todesursache oder der Chefarzt dieselbe aus sanitätspolizeilichen Gründen für erforderlich erachtet.

In der bayerischen Armee wurden im Berichtjahre 1899/1900 bei 129 Todesfällen 95 Obductionen vorgenommen. Hierunter befanden sich 29 Selbstmörder mit 24 Obductionen.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. **Carl Seitz** (a. o. Universitätsprofessor und Vorstand der Kinderpoliklinik in München): **Kurzgefasstes Lehrbuch der Kinderheilkunde.** Für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage. Berlin 1901, bei S. Karger. Preis: 10 M. 80 Pf.

Das Werk tritt uns in seiner neuen Auflage in so veränderter Gestalt entgegen, dass wir darin die Züge seines Vorfahren kaum wiedererkennen. Fast sämmtliche Theile haben erhebliche Erweiterungen und Bereicherungen erfahren, viele sind völlig neu bearbeitet, so z. B. die Capitel über die künstliche Ernährung und die Magendarmkrankheiten im Säuglingsalter, über Diphtherie, Tuberculose, Rachitis etc.; neu hinzugekommen sind die Artikel: allgemeine Lebensschwäche, Barlow'sche Krankheit, Status lymphaticus und mehrere andere. Durch diese Umarbeitung hat das Buch eine Reichhaltigkeit und Vollständigkeit erlangt, dass sich kaum irgend welche nennenswerthe Lücke darin nachweisen lässt. Auch hat sich der Verfasser, in richtiger Erkenntniss der einem Lehrbuche gestellten Aufgabe, die Arbeit nicht durch den vielfach missbrauchten Hinweis auf die Specialwerke anderer Disciplinen zu erleichtern gesucht, sondern alle Krankheitsformen und -Gruppen, die in näherer Beziehung zum Kindesalter stehen, in die Darstellung einbezogen; so finden wir denn auch die Krankheiten der Sinnesorgane, die Psychosen, die Intoxicationen etc. insoweit sie für die pädiatrische Praxis in Betracht kommen, in besonderen Capiteln abgehandelt.

Die Krankheitsbilder, sowie die sich daran anschliessenden differentialdiagnostischen Merkmale sind klar und scharf gezeichnet; die Therapie, ausgestattet mit allen Errungenschaften der Neuzeit, ist bis in die minutiösesten Einzelheiten ausführlich dargelegt; und dies bezieht sich nicht allein auf die arzneiliche Behandlung und die technischen Methoden, sondern gleicherweise auf das allenthalben in den Vordergrund gestellte diätetische Heilverfahren.

Dass in einem Werke, welches sich über ein so weites Gebiet erstreckt, hie und da eine Ansicht vertreten oder eine Angabe enthalten ist, die Manchem nicht unanfechtbar erscheinen mag, ist im Hinblick auf so viele noch schwebende Fragen ganz selbstverständlich. Es sei hier beispielsweise auf die Auf-

fassung der **Skrophulose** hingewiesen, die Verfasser, gleich anderen Autoren der Gegenwart, lediglich als eine Erscheinungsform der kindlichen Tuberculose betrachtet, wobei alle jene Symptome, die sich dieser Theorie nicht recht fügen, als „paratuberculöse" bezeichnet werden. Diese Auffassung erscheint keineswegs genügend begründet; die klinische Beobachtung und manche andere Momente sprechen vielmehr dafür, dass es sich bei der Skrophulose ursprünglich um eine Constitutionsanomalie handelt, die — meist auf ererbter Anlage beruhend oder durch antihygienische Verhältnisse erzeugt — allem Anscheine nach mit krankhaften Vorgängen im Stoffwechsel zusammenhängt; und dass die der Skrophulose eigenthümlichen Gewebsveränderungen für das Eindringen und die Ansiedelung verschiedener Bacterien, so namentlich des Tuberkelbacillus, besonders günstige Bedingungen darbieten (Secundärinfection). Und nun noch eine kurze Bemerkung zu einem therapeutischen Gegenstande: In den Capiteln über Melaena neonat., Haemophilie, Epistaxis u. s. w. findet sich durchgehends unter den blutstillenden Mitteln die Eisenchloridlösung an erster Stelle empfohlen. Die unerwünschten, nicht immer unbedenklichen Nebenwirkungen dieses Mittels, hauptsächlich aber seine ätzende Eigenschaft, lassen es, insbesondere für das früheste Kindesalter, wenig geeignet erscheinen; Referent hat es desshalb schon seit längerer Zeit durch das viel mildere und mindestens ebenso wirksame Ferripyrin ersetzt, das sich ihm in verschiedenen Fällen, wie z. B. bei reichlichen Nasenblutungen Keuchhustenkranker (örtlich) und selbst in einem Falle von Melaena neonat. (innerlich sowohl als äusserlich angewandt) vorzüglich bewährt hat. Des zugewiesenen Raumes halber müssen wir es uns versagen, auf weitere Details einzugehen.

Alles in Allem ist es dem Verfasser vortrefflich gelungen, unter verständnissvoller kritischer Sichtung des zu bewältigenden Stoffes dem Leser ein ebenso umfassendes als übersichtliches Bild des heutigen Standes der Kinderheilkunde vorzuführen; dadurch gewinnt das Buch einen besonderen Werth für den Praktiker, der nicht in der Lage ist, die Fortschritte der Medicin auf allen Gebieten im Einzelnen zu verfolgen.

Wertheimber.

Geh. Med.-Rath Dr. **L. Pfeiffer**-Weimar: **Taschenbuch der Krankenpflege für Aerzte, Pflegerinnen, Pfleger und für die Familie.** Dritte, vollständig umgearbeitete Auflage. Mit Abbildungen. Weimar, H. Böhlau's Nachfolger, 1900. Preis 5 M.

Das von einer grossen Zahl Mitarbeiter, darunter Namen der ersten deutschen Kliniker und Aerzte, gemeinsam geschaffene Werk (413 S.) kommt seinem Zwecke, vor Allem ein Lehr- und Nachschlagebuch für Pfleger und Pflegerinnen zu sein, durch die sehr ausführliche und eingehende Darstellung des Stoffes in bester Weise nach. Es ist aber ganz richtig, dass auch der junge — und vielleicht auch der ältere — Arzt in dem Buche eine grosse Summe ihm wissenswerther Einzelnheiten kennen lernen wird, nicht nur aus dem Gebiete der Krankenpflege im engeren Sinne, also dem Rayon der Krankenstube, sondern auch bezüglich allgemeiner hygienischer Fragen und deren praktischer Durchführung, z. B. der Wohnungshygiene, der Desinfection. Sehr dankenswerth ist die Aufnahme der Abhandlungen über die Armen- und Gemeindepflege (Arbeiterversicherung u. a.) Damit geht das Werk über den gewöhnlichen Umfang derartiger Compendien der Krankenpflege zu seinem Vortheil hinaus. Das Buch kann auch der Familie als brauchbarer Rathgeber empfohlen werden.

Dr. Grassmann-München.

Neisser's stereoskopisch-medicinischer Atlas. Neu erschienen ist die 14. Folge aus dem Gebiete der Dermatologie. Dieselbe enthält nachfolgende Abbildungen.

433. Ekthyma gangraenosum cacheticorum. 434. Dactylitis syphilitica. 435. Serpigino-ulceröses Syphilid des Gesichts (Sattelnase). 436—438. Beitrag zur Lehre vom Mal perforant du pied. 439. Pellagra. 440. Psoriasis vulgaris palmae manus. 441. „Creeping disease". Larva migrans. 442 und 443. Cutis laxa. 444. Kraurosis vulvae.

Dr. Barlow.

Neueste Journalliteratur.

Archiv für Gynäkologie. 1900. 61. Bd., 2. Heft.

1) W. Poten und W. Vassmer: **Beginnendes Syncytiom mit Metastasen, beobachtet bei Blasenmolenschwangerschaft.** (Aus der Provincial-Hebammenlehr- und Entbindungsanstalt zu Hannover.)

Bei einer 36 jährigen Frau fanden sich stark blutende Knoten in der Vagina, deren Untersuchung Deciduom ergab. Excision der Knoten, vaginale Totalexstirpation des Uterus nach Probecurettage, Heilung. Mikroskopisch fanden sich im Uterus blasige Umwandlung der Zotten, Wucherung der Langhans'schen und syncytialen Zellen und Eindringen dieser Elemente bis in die Tiefe der Musculatur. Der Befund ist breit beschrieben. — In einem 2. Falle wurde bei Blasenmole der Uterus nur ausgeräumt. Zugleich wurden die beiden cystisch degenerirten Ovarien entfernt. Eine Curettage nach 52 Tagen lieferte neben junger Schleimhaut 2 Stückchen mit decidualen Elementen von offenbar nekrotischem Charakter.

2) S. W. Bandler: **Die Dermoidcysten des Ovariums, ihre Abkunft von dem Wolff'schen Körper.** (Aus Dr. Abel's Frauenklinik zu Berlin.)

In den als Foetus in Foetu und Doppelbildungen beschriebenen Fällen handelt es sich, wie B. in einigen citirten Beobachtungen zeigt, meist um phantastische Deutung der Befunde. Teratome sind aus verirrten Keimen entstandene Tumoren. B. gibt die Mittheilungen zahlreicher Autoren über die Entwicklung des Genitalsystems mit vielen Abbildungen und schliesst daraus speciell, dass die Urniere und der Wolff'sche Gang durch ihre Beziehungen zu den drei Keimblättern und ihre spätere Lagerung ektodermale und mesodermale Producte, wie auch mit Flimmerepithel ausgekleidete Gebilde zu produciren vermögen und zwar im Darmgekröse und im Bereiche des Urogenitalsystems von der Niere bis zur Scheide. „Sicher" entstehen auf diese Weise die mesodermalen Tumoren, die Mischgeschwülste und die Dermoide des Ovariums und Hodens, wahrscheinlich auch das Kystoma glandulare und papillare. — Es folgt noch ein zweiter Theil der Arbeit.

3) Gottschalk-Berlin: **Zur Verhütung und Behandlung der Bauchnarbenbrüche nach Laparotomien.**

G. näht Bauchwunden in zwei Schichten: versenkte Zwirnknopfnaht und darüber Unterhautfettgewebe und Haut mit doppelt armirten Seidenligaturen. Alle Laparotomirten bekommen für ½—1 Jahr eine Bauchbinde. — In 5 Fällen von Bauchnarbenbrüchen mit grosser Bruchpforte operirte G. mit bestem Erfolg in der Weise: Nach Resection des Bruchsackes spaltet er zwischen den einzelnen Schichten der Bauchdecken, um insbesondere breite, flächenhafte Verwachsungen der Fascienwundränder zu erzielen und die Musculi recti fest vereinigen zu können. Beobachtung 2—6 Jahre.

4) Georg Davidsohn: **Zur Kenntniss der Scheidendrüsen und der aus ihnen hervorgehenden Cysten.** (Aus Prof. L. Landau's Frauenklinik in Berlin.)

Im seitlichen Theil der rechten Vaginalwand fanden sich vom Scheidengewölbe bis zur Mitte der Scheide perlschnurartig angeordnete Knötchen bis zu Erbsengrösse. Mikroskopisch zeigten sich ausser zahlreichen Bläschen auch vielfach verästelte Drüsengänge, einzelne sich im Plattenepithel der Oberfläche verlierend. Die Gänge und Bläschen sind ausgekleidet von einschichtigem, schleimsecernirenden, cylindrisch-pallisadenförmigen oder niedrigeren Epithel. „Mithin zweifelloser Ursprung multipler Scheidencysten aus ebenso zweifellosen echten Scheidendrüsen." (Abstammung vom Wolff'schen Gange trotzdem nicht ausgeschlossen. Referent.)

5) Krevet-Mühlhausen i. Th.: **Retention einer in der normalen Gebärmutter am richtigen Ende der Schwangerschaft abgestorbenen Frucht bis zum 344. Tage.**

Die 26 jährige, gesunde I. Para bekam am berechneten Schwangerschaftsende Wehen, welche nach einem Tag wieder aufhörten, darnach befand sie sich völlig wohl und erst 64 Tage später trat die Geburt ein, welche wegen Wehenschwäche mit der Zange beendet wurde. In der Zwischenzeit war weder Wasser noch Blut abgeflossen. Die Frucht war 53 cm lang, macerirt, die Nachgeburt klein, geschrumpft, hart. Das Wochenbett verlief ohne jede Störung, nach 6 Wochen stellte sich die Regel ein. — Ein ähnlicher Fall ist von H. Kelly berichtet von einer X. Para, bei welcher am 330. Tage auch wegen Wehenschwäche die Geburt mit Zange vollendet wurde.

Dr. Anton Hengge.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 44. Bd., 1. Heft. Stuttgart, F. Enke, 1900.

1) Hans Wülfing-Würzburg: **Zur Pathologie der Geschwulstbildung im weiblichen Geschlechtsapparat.**

W. beschreibt den Sectionsbefund einer Frau, wo sich neben Carcinom der Muttermundslippe eine Reihe von intramuralen Kugelmyomen, ferner Adenomyome der Tubenwinkel und endlich Drüsenbildung im iliacalen Lymphknoten fanden. Letztere deutet W. als Versprengung von Theilen des Wolff'schen Körpers. Wegen der übrigen besonders histogenetischen Betrachtungen sei auf das Original verwiesen.

2) Willi Strauss-Berlin: **Tubargravidität bei gleichzeitiger Intrauterinschwangerschaft.**

Bericht über eine 34 jährige Multipara, bei welcher die Diagnose auf geplatzte Extrauterinschwangerschaft und gleichzeitige

entopische Gravidität gestellt und durch die **Laparotomie bestätigt wurde. Es fand sich eine Haematosalpinx, allerdings ohne** Foetus; doch ergab die histologische Untersuchung Chorionzotten in der Tube. Der Verlauf war ungünstig; Patient bekam Schüttelfröste, Thrombosen beider Schenkelvenen, es erfolgte Abort des uterinen Foetus und 2 Monate nach der Laparotomie Exitus unter dem Bilde der Embolie der Lungenarterie.

In der Literatur fand St .37 analoge Fälle, von denen er 32 für eine tabellarische Zusammenstellung verwerthen konnte. Aus derselben sei erwähnt, dass 13 mal beide Früchte das Ende der Gravidität erreichten. Als lebend festgestellt wurden beide Früchte in 4 Fällen, von denen 2 mal beide am Leben blieben, während die Mutter nur in einem einzigen Falle neben den Kindern erhalten wurde. St.'s Fall ist nach seiner Ansicht der einzige, wo in dem frühen Stadium der 12. Schwangerschaftswoche die Diagnose gestellt wurde.

3) Robert Meyer-Berlin: **Ueber Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen.**

IV. Einzelne Drüsen und Cysten im Myometrium (einschliesslich der subserösen Drüsen).

V. Anhang.

4) Oscar Polano-Greifswald: **Klinische und anatomische Beiträge zur weiblichen Genitaltuberculose.**

Die Arbeit basirt auf 6 Fällen aus der Greifswalder Frauenklinik. Die bei diesen Frauen häufig beobachtete Sterilität führt P. auf die anatomischen Tubenveränderungen zurück. In 4 von den 6 Fällen waren Lungen und Genitalien gleichzeitig afficirt. Im Allgemeinen widerräth P. in solchen Fällen die Operation, die sonst natürlich als Laparotomie oder Kolpotomie indicirt ist. Anatomisch war in den 6 Fällen der Uterus 3 mal, die Tuben 5 mal, das Ovarium und Peritoneum 4 mal mitergriffen. In je einem Falle war eine scheinbar isolirte Tuberculose des Uterus resp. der einen Tube vorhanden. Bacillen konnten in 5 Fällen nachgewiesen werden.

5) Georg Burckhard-Würzburg: **Ueber Thrombose und Embolie nach Myomoperationen.**

B. berichtet aus der Würzburger Frauenklinik über 12 Fälle von Thrombose und Embolie unter 236 Myomoperationen. Die Mortalität betrug genau 50 Proc. Als zufälliger Sectionsbefund wurde 4 mal Thrombenbildung beobachtet; Oedeme an den unteren Extremitäten fanden sich 6 mal. Ohne Zeichen vorausgehender oder nachfolgender Thrombose trat 2 mal eine Embolie auf. Das Mahler'sche Zeichen (Pulsbeschleunigung bei normaler Temperatur) fand sich 8 mal, also in 75 Proc.; doch konnte B. dies Symptom auch in einer Reihe von Fällen beobachten, wo keine Spur von Thrombose erfolgte.

6) Sticher-Breslau: **Die Bedeutung der Scheidenkeime in der Geburtshilfe.**

St. hat dem Badewasser Culturen von Bac. prodigiosus zugesetzt und fand bei 2 Frauen (1 Multipara, 1 Primipara), die darin badeten, Prodigiosuskeime später im Scheidensecret. Er deducirt hieraus, dass unter gewöhnlichen Verhältnissen pathogene Keime in die Vagina gelangen und Infection hervorrufen können, ohne dass die Hände oder Instrumente des Geburtshelfers Theil daran zu haben brauchen. Praktisch folgt daraus, dass zur gründlichen Desinfection Asepsis (für den Geburtshelfer) und Asepsis (für den Geburtshelfer) und Antisepsis (für äussere und innere Genitalien) combinirt verwendet werden müssen.

7) Arnold Christiani-Libau: **Ein Beitrag zur operativen Behandlung des Gebärmuttervorfalls.**

C. bezeichnet als Indicationen, die beim Uterusprolaps erfüllt werden müssen:

a) Wiederherstellung des den Uterus in normaler Lage erhaltenden Bandapparates, oder

b) Fixation des Uterus in normaler Anteversio,

c) Wiederherstellung des Tonus und der Functionsfähigkeit des Beckenbodens.

Als beste Operation bezeichnet er die Ventrifixur in Verbindung mit der Kolpoperineorhaphie und berichtet weiter über die Resultate mit dieser Operation aus der Küstner'schen Klinik in Breslau. Als Grundlage der Arbeit diente ein Material von 134 Fällen, bei denen der Uterus ventrifixirt wurde. Gestorben sind hiervon 2 = 1,5 Proc. Mortalität.

Das Primärresultat war in allen Fällen gut. Von Dauerresultaten konnte C. bei 105 Fällen berichten. Hiervon waren 69 Proc. tadellos geheilt geblieben, 22½ Proc. hatten Scheiden- und 8½ Proc. totales Recidiv. Neun dieser Frauen machten später Geburten durch, zwei sogar 2 mal. Ausser einer Querlage und einer Frühgeburt sind keine ernsteren Geburtsstörungen vorgekommen.

Die Resultate sprechen mithin sehr zu Gunsten der von Küstner seit Langem bevorzugten Ventrifixur als Prolapsoperation.

Jaffé-Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XII, Heft 4 (October).

1) G. Heinricius-Helsingfors: **Ein Fall von Ovarialtumor, Haematometra und Haematokolpos bei Uterus bicornis unicollis rudimentarius und Vagina rudimentaria.**

21 jähriges Mädchen. Brüste und äussere Geschlechtstheile gut ausgebildet. Die Harnröhre ist erweitert, an Stelle der Scheide nur eine seichte Vertiefung, das Zwischengewebe zwischen Harnröhre und Mastdarm sehr dünn. Durch Laparotomie wurde das Ovarialkystom entfernt. Dann wurde die rudimentäre, mit zurückgehaltenem Blute erfüllte Scheide von den äusseren Geschlechtstheilen aus eröffnet, wobei es zu einer Verletzung der Harnröhre und der Blase kam. Heilung; nach einem Jahre erwies sich die neugebildete Scheide für 2 Finger durchgängig.

2) G. Heinricius-Helsingfors: **Ein Fall von Myom im rudimentären Uterus bicornis unicollis.**

35 Jahre alte, verheirathete Kranke. Molimina menstrualia, aber kein Blutabgang. Rudimentäre Scheide. Laparotomie: von beiden rudimentären Uterushörnern waren Myome ausgegangen, das eine hühnereigross, das andere 10 cm im Durchmesser haltend. Eileiter und Eierstöcke waren gut entwickelt.

3) W. Stroganoff-St. Petersburg: **58 Fälle von Eklampsie ohne Todesfall von dieser Erkrankung.**

Stroganoff fasst die Eklampsie als eine acute Infectionskrankheit auf, die am häufigsten 24 Stunden, selten mehr als 48 Stunden dauert. Die Anfälle sind am gefährlichsten und daher durch Narkotica wenn möglich prophylaktisch zu bekämpfen. Die Behandlung wird in folgenden Sätzen zusammengefasst: Man muss nach dem ersten Anfalle Narkotica während eines längeren oder kürzeren Zeitraumes prophylaktisch geben. Die beste Wirkung scheint die combinirte Anwendung von Morphin und Chloralhydrat zu haben. Es ist wünschenswerth, die Narkose, je nach der Schwere des Falles, 24—48 Stunden zu unterhalten. Man muss die grösste Aufmerksamkeit auf die regelmässige Thätigkeit der Lungen und des Herzens richten (reichliche Flüssigkeitszufuhr, bei Bewusstlosigkeit per rectum). Beseitigung aller Reize. Möglichst rasche Entbindung ist anzustreben, so bald diese ohne Gefahr für die Mutter möglich ist.

4) W. Fischel-Prag: **Ueber einen Fall von Cystadenoma cysticum uteri polyposum.**

Die 40 jährige Kranke, die nie geboren hatte, kam wegen Unregelmässigkeit der Menstruation und reichlichen wässerigen Ausflusses zur Beobachtung. Es fand sich eine zum Theil in die Scheide geborene, sehr zerreissliche, brüchige, faustgrosse Geschwulst, die mit breiter Grundlage aus der Gebärmutterhöhle entsprang. Vaginale Totalexstirpation des Uterus. Die Geschwulst, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich nicht als bösartig erwies, ging von der Schleimhaut des Corpus uteri aus. Sie enthielt massenhafte Cystchen, die zum Theile auf drüsige Bildungen, zum Theile als aus Lymphspalten hervorgegangen angesehen werden.

5) H. J. Kreutzmann-San Francisco: **Aufplatzen der Bauchwunde nach Coeliotomie, nebst Bemerkungen zur Bauchnaht.**

Bei der elenden Kranken war durch Laparotomie ein myomatöser Uterus entfernt worden. Die Bauchwunde wurde in der Weise genäht, dass Peritoneum mit fortlaufender Catgutnaht, Muskel und Aponeurose mit Catgutknopfnähten, die Haut mit Seidenknopfnähten vereinigt wurde. Am 5. Tage wurden die Seidennähte entfernt und am 7. Tage zeigte sich trotz Heftpflasterstreifen, die quer über die Wunde gelegt worden waren, ein Theil der Bauchwunde auseinandergewichen und eine Dünndarmschlinge war vorgefallen: Naht durch durchgreifende Seidenknopfnähte. Heilung.

6) Th. Alexandroff-Moskau: **Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft.**

Eine 25 jährige Frau spürte in ihrer 3. Schwangerschaft Nachts etwa 4 Wochen vor der erwarteten Geburt einen heftigen Schmerz im Leibe, der von geringem Blutabgang aus der Scheide gefolgt war. 3 Wochen später wurde dem Befunde nach eine geplatzte Tubenschwangerschaft mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle angenommen. Statt dessen fand sich bei der Laparotomie der Fundus uteri geborsten und aus der Risswunde quoll ein Theil der noch in der Gebärmutter haftenden Placenta hervor. Heilung nach Totalexstirpation des Uterus, die nöthig schien, da sich die zerfetzten Rissränder nicht vernähen liessen.

Nach der mikroskopischen Untersuchung nimmt Alexandroff als Ursache der Zerreissung eine Verwachsung der Placenta und Bindegewebswucherung in der Uteruswand an. 18 Fälle von Uterusruptur in der Schwangerschaft aus der Literatur sind der Arbeit angefügt.

7) E. Rossa-Graz: **Der Contractionsring in seinen Beziehungen zur Mechanik der Geburt.**

Verf. steht völlig auf der von Schröder begründeten Lehre vom Contractionsring. An der Hand von 6 eigenen klinischen Beobachtungen erörtert er den Einfluss des Contractionsringes auf die Mechanik der Geburt und die durch ihn bedingten Störungen im Geburtsverlaufe. Zum Zustandekommen des Contractionsringes ist ein geringerer Inhaltswiderstand an der Stelle seines Auftretens und herabgesetzter concentrischer Zug des Hohlmuskels nothwendig. Desshalb wird das Auftreten des Contractionsringes ermöglicht durch eine plötzliche Inhaltsverkleinerung im Bereiche des unteren Gebärmutterabschnittes (Abfluss des Fruchtwassers, Ausstossung der Frucht), ferner dadurch, dass in der Höhe des Contractionsringes die Frucht eine stärkere Einschnürung zeigt (Halsfurche).

Eine stärkere Einschnürung durch den Contractionsring tritt nur während einer Wehe auf. Bleibt die Einschnürung dauernd bestehen, so handelt es sich um Tetanus uteri. Eine relative Contractur entsteht, wenn auch während der Wehenpause in geringerem Grade der Vorsprung des Contractionsringes bestehen bleibt, der sich dann aber durch die Wehenthätigkeit immer weiter ausbildet.

Geburtsstörungen durch den Contractionsring bestehen im Wesentlichen darin, dass der Vorsprung den Inhalt des Gebärmutterkörpers an seinem Eintritt in den unteren Gebärmutterabschnitt hindert. Meist wird in solchen Fällen ruhiges Abwarten zum Ziele führen, weiter sind Narkotica und zu einer vielleicht nothwendig werdenden Entbindung die Narkose nothwendig.

8) H. Hübl-Wien: **Weitere Untersuchungen über den queren Fundusschnitt nach Fritsch.**

Polemisches gegen die Arbeit Hahn's (Centralbl. f. Gynäk. 1899, No. 49).

9) J. Halban-Wien: **Ueber den Einfluss der Ovarien auf die Entwickelung des Genitales.**

Zur Klärung der Frage der inneren Secretion der Eierstöcke stellte Halban Untersuchungen an neugeborenen Meerschweinchen an. Er entfernte die nur hirsekorngrossen Eierstöcke und pflanzte sie in eine Hauttasche ein. Es liess sich nun feststellen, dass nicht nur die so verpflanzten Eierstöcke einheilten und sich weiter entwickelten, sondern auch, dass, als einmal Eileiter und Stückchen der Gebärmutter mit verpflanzt worden war, mit diesen das Gleiche eintrat. Das Cylinderepithel und sogar die Flimmerhaare zeigten sich wohl ausgebildet. Bei den am Leben gebliebenen Thieren zeigte sich 1½ Jahre nach dem Eingriff, dass die Geschlechtstheile und die Brüstedrüsen vollkommen entwickelt waren, während bei einem gleichzeitig castrirten Thiere diese Theile völlig auf der Stufe, die sie beim Neugeborenen zeigen, stehen geblieben waren.

Aus diesen Versuchen schliesst Halban, dass der Einfluss der Eierstöcke auf die Entwickelung der Geschlechtstheile kein nervöser sein kann, sondern in der inneren Secretion der Eierstöcke zu suchen ist. A. Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900, No. 49.

1) Th. Paul und O. Sarwey-Tübingen: **F. Ahlfeld und die Tübinger Händedesinfectionsversuche.**

Ein Protest gegen Ahlfeld's Antwort in No. 45 des Centralblattes (ref. Münch. med. Wochenschr. No. 47, p. 1636), dem die Verfasser vor Allem vorwerfen, dass er sich auf ein fehlerhaftes Referat in dieser Wochenschrift, statt auf den authentischen Bericht der Münchener Naturforscherversammlung stütze.

2) Krönig-Leipzig: **Bemerkungen zu dem „offenen Briefe“ des Geheimen Medicinalrathes Professor Dr. Ahlfeld an den „Herrn Privatdocenten Dr. Krönig“.**

Erwiderung auf Ahlfeld's Artikel in No. 45 des Centralblattes (ref. in dieser Wochenschr. No. 47, p. 1636).

3) Arthur Mueller-München: **Ueber Kolpeuryse und Metreuryse.**

Veranlasst durch die Arbeiten von Kaufmann (d. Wochenschrift 1897, No. 41) und Bosse (ref. in d. Wochenschr. 1900, No. 32, p. 1114) empfiehlt M. nochmals die schon früher von ihm angegebene Anwendung unelastischer Ballons (System Champetier de Ribes) zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt, an Stelle des Krause'schen Bougieverfahrens. Der Preis des bei Stiefenhofer in München vorräthigen Ballons beträgt jetzt 10 M. 50 Pf. Jaffé-Hamburg.

Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. Bd. XXVIII, No. 19. 1900.

1) Simon Flexner-Philadelphia: **The Etiology of Tropical Dysentery.**

Bei den Studien, die Verf. und Prof. Barker auf den Philippinen über Dysenterie machten, beobachteten sie stets eine acute und chronische Form. Die bacteriologische Untersuchung erstreckte sich sowohl bei Kranken wie bei Gestorbenen auf den Darminhalt des Rectum, wobei sie vorherrschend 2 Typen fanden: 1. eine dem Typhus ähnliche und 2. dem Coli commune nahestehende Art. Pathologisch anatomisch zeigt die chronische Form verschiedene Eigenschaften von der bisher als Amoebendysenterie beschriebenen Form.

2) Louis Cobbett-Cambridge: **Diphtherie beim Pferde.**

Als man bei der Erkrankung eines Kindes an Diphtherie in der Umgebung desselben nach der Infectionsquelle suchte, fand man bei einem Ponny ein leicht blutiges Nasensecret vor, aus welchem virulente Diphtheriebacillen gezüchtet wurden. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Pferde möglicher Weise sehr oft diphtheriekrank sind, ohne dass der Zustand bemerkt wird, und leicht zu Uebertragungen auf die Menschen Veranlassung geben können.

3) F. Strada und R. Traina-Pavia: **Ueber eine neue Form von infectiöser Lungenkrankheit der Meerschweinchen.**

Bei einer Epidemie unter den Meerschweinchen im pathologischen Institut in Pavia, welche ca. 100 Thiere hinwegraffte, fand sich bei der Section derselben stets eine bedeutende Veränderung der Lungen. Nieren meist hyperaemisch. Es konnte aus Herzblut und Lunge ein Kurzstäbchen isolirt werden, welches auf allen Nährböden wächst, sich nicht nach Gram färbt, keine Milch coagulirt, kein Gas und kein Indol bildet und als Bacterium pneumoniae caviarum bezeichnet wurde.

Die Krankheit tritt unter der Form der herdweisen Pneumonie auf.

4) E. Berndt-Gumbinnen: **Ueber die Veränderungen der Milzbrandbacillen in faulendem Rinderblute ausserhalb des thierischen Körpers.**

Verf. berichtet, dass sich Milzbrandbacillen im faulenden Blut mit der Färbemethode nach Klett noch nach 13 Tagen nachweisen lassen. Das Absterben derselben beginnt in den centralen Theilen. Am längsten lässt sich färberisch die äussere Contur der sogen. Plasmahülle darstellen. Es ist event. möglich, noch nach 14 Tagen nach dem Tode des Thieres Milzbrandbacillen an der gefärbten Contur zu erkennen.

Diese Methode würde für den praktischen Thierarzt gewiss von Werth sein.

5) R. Grassi und Noè: **Uebertragung der Blutfilariae ganz ausschliesslich durch den Stich von Stechmücken.**

Die neuerlichen Untersuchungen über die Blutfilarien lassen erkennen, dass dieselben gerade so wie die Malariaparasiten durch den Stich von Stechmücken eingeimpft werden. Die aufgefundene Filaria immitis entwickelt sich in Anopheles claviger, Culex penicillaris und Culex pipiens. Die Entwicklung der einzelnen Filariaarten geht aber in verschiedenen Organen der betreffenden Wirthe vor sich; so z. B. entwickelt sich Filaria immitis in den Malpighi'schen Gefässen und die Filaria nocturna in den Brustmuskeln.

6) St. v. Rátz-Ofen-Pest: **Drei neue Cestoden aus Neu-Guinea.**

Arbeit rein systematischer Natur.

R. O. Neumann-Kiel.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 50.

1) W. Uhthoff-Breslau: **Bemerkungen zur Skrophulose und Tuberculose, nebst einem Beitrag zur Tuberculose der Conjunctiva.**

U. macht darauf aufmerksam, dass nach seinen Erfahrungen Phlyktaenen nicht immer als Symptom von Skrophulose anzusehen sind, wenn sie auch häufig bei späterer Tuberculose beobachtet werden. Der Krankheitserreger der Phlyktaene ist noch nicht bekannt. Im Allgemeinen ist die Bindehaut nicht sehr infectionsfähig. Von skrophulösen Augenkranken reagirten ca. 80 Proc. auf Tuberculininjectionen positiv. Verfasser beschreibt noch eingehend einen Fall mit Knötchenbildung verlaufender Conjunctivaltuberculose, die sich bei einem 15 jährigen Mädchen entwickelte, welches eine ausgedehnte tuberculöse Erkrankung des Naseninnern, des weichen Gaumens und der Epiglottis darbot. Bemerkenswerth war besonders auch, dass der übrige Theil der Bindehäute Veränderungen wie bei Trachom aufwies, die aber nicht specifisch tuberculösen Charakters waren.

2) A. Hasenfeld-Ofen-Pest: **Ueber die Leistungsfähigkeit des fettig entarteten Aorteninsufficienzherzens.**

Verfasser trat dieser Frage durch Experimente an Kaninchen näher, denen er die Aortenklappen zerstörte und nach längerer Zeit mittels Phosphor eine parenchymatöse Entartung des Herzmuskels verursachte. H. kam durch seine Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Die Aorteninsufficienzthiere ertragen die P-Vergiftung viel schlechter als normale; das hypertrophische Aorteninsufficienzherz hat eine besondere Neigung, fettig zu entarten; mässige Grade der acuten Verfettung beeinflussen die Kraft und Leistungsfähigkeit des hypertrophischen Herzmuskels weder bei gewöhnlicher, noch bei erhöhter Arbeitsleistung; bedeutende Grade der acuten Verfettung führen zur Kraftabnahme des Aorteninsufficienzherzens oder gar zu schweren, den Tod herbeiführenden Kreislaufsstörungen.

3) O. Vulpius-Heidelberg: **Ein Versuch zur Heilung der Lungenhernie.**

Die Lungenhernie war in dem betreffenden Falle dadurch entstanden, dass der 42 jährige Patient durch eine schwere Steinplatte an die Wand gedrückt worden war. Die bedeutende Lungenreizung und fortgesetzte Vergrösserung des Bruches führten zum Versuch, den Defect an der 3. Rippe knöchern zu decken, indem von der 2. und 4. Rippe knöcherne Spangen losgetrennt und gitterförmig über den Defect gelegt werden sollten. Doch konnte nur ein Theil der 2. Rippe an den medialen Stumpf der 3. angelegt werden. Der Erfolg war Anfangs zufriedenstellend, doch trat später wieder Vergrösserung der Hernie ein, während allerdings die bedrohlichen Einklemmungserscheinungen beseitigt blieben.

4) E. v. Sohlern-Kissingen: **Ein Beitrag zur diätetischen Behandlung der Hyperacidität.**

Verfasser trat schon früher dem Regime einseitiger Fleischdiät bei Hyperacidität entgegen. An Magengesunden angestellte Versuche ergaben, dass Kohlehydratnahrung die ClH-Secretion geringer als Eiweisskost machte. Nun führte v. S. bei Hyperacidität reichliche Zufuhr von leichtverdaulichen Kohlehydraten ein, gab dazu Fett (cfr. hiezu den eingehenden Speisezettel im Original!) und fand, dass Kohlehydrate bei Hyperacidität nicht nur gut ertragen werden, sondern auch die Heilung fördern helfen. Einschränkung des Fleischgenusses empfiehlt sich besonders bei solchen Kranken, die vorher ausschliesslich von Fleisch gelebt haben. In manchen Fällen von Hyperacidität darf auch Käse vorübergehend in die Kost aufgenommen werden. Als Getränke sind die alkalischen Säuerlinge, Zuckerwasser, Frada zu empfehlen. In den Mineralwassercuren bei Hyperacidität sieht Verfasser nur unterstützende Heilfactoren, speciell ist über den Nutzen der Kochsalzwässer bisher keine Einigung erzielt worden.

5) C. v. Noorden-Frankfurt a. M.: **Ueber Diabetes mellitus.**

In diesem Säcularartikel bespricht v. N. die heute betreffs der Diabetesforschung im Vordergrunde stehenden Fragen und die

Richtung, die die wissenschaftliche Forschung hierin zu nehmen im Begriffe ist. Hervorzuheben ist die Ansicht des Verfassers, dass auch die Diabetesmorbidität in Zunahme begriffen ist. Zu kurzem Auszuge sind die Ausführungen nicht geeignet.

6) A. Buschke-Berlin: **Pathologie und Therapie der Gonorrhoe.** (Schluss.)

In dem sehr ausführlichen Referat, das fast nur Bekanntes in sehr klarer Zusammenstellung bringt, bespricht Verfasser die bacteriologischen Eigenschaften des Gonococcus, die Färbemethoden; ferner die anatomischen, bei Gonorrhoe in Betracht kommenden Verhältnisse, die diagnostischen Hilfsmittel betreffs der Localisirung (Zweigläserprobe etc.), die Einzelnheiten der Therapie. Verfasser empfiehlt als Hauptmedicament das Protargol. Die Behandlung ist sofort zu beginnen. Ausführlich wird die Behandlung der acuten und chronischen Prostatitis besprochen, sowie jene der Bubonen. Im zweiten Theile des Vortrags wird die chronische Gonorrhoe und deren Behandlung erörtert, sowie besonders die gonorrhoischen Metastasen. Für den Nachweis der gonorrhoischen Infiltrate in der Harnröhre empfiehlt B. ausschliesslich die Knopfsonde. Als Grundsatz in der Therapie der chronischen Gonorrhoe muss „vorsichtige und milde Behandlung" gelten. Unter den selteneren gonorrhoischen Metastasen der Haut sind Erytheme zu nennen, die manchmal mit Blutungen einhergehen.

7) E. Lesser-Berlin: **Die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.** (Schluss folgt.) Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 49.

1) R. Koch: **Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Malariaexpedition.**

Als eines der Hauptresultate seiner Forschungen bezeichnet Koch den Nachweis, dass die verschiedenen Formen und Arten des Malariaparasiten sowohl wie des durch sie bedingten Malariafiebers sich auf drei reduciren lassen, Tertiana, Quartana und ringförmige Parasiten mit Anfällen von tertianem Typus (Tropenfieber). Fernerhin bringt er Beweise für seine Lehre von der erworbenen Immunität und beschreibt seine Untersuchungsmethode. Ein zweiter Artikel folgt.

2) Ernst Ziegler: **Ueber die Reparation verletzter Gewebe.**

Referat auf dem XIII. internationalen medicinischen Congress in Paris in der Abtheilung für pathologische Anatomie.

3) Wilhelm Ebstein: **Anfälle von Apnoë bei diphtherischer Lähmung. Genesung.**

Die wahrscheinlich durch eine vorübergehende toxische Lähmung des Athmungscentrums wiederholt eingetretene Apnoe konnte nur durch künstliche Respiration nach Sylvester behoben werden.

4) H. Quincke: **Ueber Athyreosis im Kindesalter.** (Schluss folgt.)

5) Max Neisser: **Ueber die Vielheit der im normalen Serum vorkommenden Antikörper.**

N. beleuchtet die Frage der Unität oder der Pluralität der normalen Antikörper auf Grund der in der Literatur niedergelegten und einiger ergänzenden eigenen Versuche.

6) Fr. Völcker: **Vorläufiger Bericht über die Verletzungen bei der Heidelberger Eisenbahnkatastrophe vom 7. October 1900.** (Schluss folgt.)

7) Georg Gottstein: **Automatischer Thermoregulator für permanente Bäder.**

8) S. Heichelheim: **Klinische Erfahrungen über Hedonal.** (Aus der med. Universitätsklinik in Giessen.)

Das Hedonal wurde in Dosen von 0,5—3 g bei Schlaflosigkeit, die nicht durch Schmerzen bedingt oder damit verbunden ist, in 72 Fällen mit Erfolg verabreicht. Ueble Folgen wurden nicht beobachtet.

9) Max Auerbach und Ernst Unger: **Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Blut Typhuskranker.**

Nach einem Vortrage im Verein für innere Medicin, gehalten am 5. November 1900. Referat, siehe diese Wochenschr. No. 46, pag. 1605.

10) H. Curschmann: **Ueber das Verhältniss der physikalischen Heilmethoden, besonders des Wasserheilverfahrens zur ärztlichen Praxis und dem klinischen Unterricht.**

F. Lacher-München.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift.

No. 49. 1) A. Gluzinski-Lemberg: **Ueber die Behandlung des peptischen Magengeschwürs.**

Nach Sectionsergebnissen beträgt die Mortalität des chronischen Magengeschwürs, das häufiger bei Männern als bei Frauen vorkommt, 70 Proc. Der grösste Theil der chronischen Geschwüre sitzt im Pylorustheil des Magens. Die Statistik zeigt ferner, dass durch Perforation mit nachfolgender Peritonitis 2 mal soviel Männer als Frauen zu Grunde gehen. Verfasser kam zur Anschauung, dass fast jeder Fall von Magensaftfluss mit gestörter mechanischer Function ein bestehendes oder vernarbendes Magengeschwür mit Pylorusverengerung darstellt. Verfasser verwendet in der Therapie des Ulcus besonders protrahirende Durchspülungen des Magens mit 2 proc. Lösung von Karlsbadersalz, womit er günstige Erfolge erzielt. Fälle von Ulcus, die in Carcinom übergehen, müssen frühestens chirurgisch in Angriff genommen werden. Seine therapeutischen Grundsätze fasst G. in 12 Sätze zusammen, die im Original eingesehen werden müssen.

2) Fr. Friedmann-Wien: **Der Blutdruck und seine Beziehung zur Lymphcirculation.**

Dass eine Steigerung des Blutdrucks eine Beschleunigung des Lymphstromes herbeiführt, ist schon experimentell bewiesen. Verfasser beobachtete nun bei einem 54 jährigen Kranken, der an Erscheinungen der Herzinsufficienz erkrankt war und gleichzeitig Schwellung zahlreicher Lymphdrüsen aufwies, dass unter Digitalisdarreichung auch ein Rückgang der Lymphdrüsentumoren eintrat. Die Ergebnisse der Blutuntersuchung legen den Schluss nahe, dass durch die Digitaliswirkung eine erhöhte Lymphcirculation und damit eine gesteigerte Einschwemmung der Lymphdrüsenproducte in der Blutbahn stattfand. Auch andere Herztonica dürften eine ähnliche Wirkung entfalten.

3) R. Kretz-Wien: **Phlegmone des Processus vermiformis im Gefolge einer Angina tonsillaris.**

Verfasser fand bei einem 30 jährigen Weibe eine von 2 kleinen Geschwürchen ausgehende Phlegmone des Proc. vermif., daneben phlegmonöses Oedem der Schleimhaut des Coecums und eitrige Peritonitis. Als Infectionsquelle nimmt er eine mit Defecten einhergehende Angina an.

Auch in einem zweiten Falle mit phlegmonösem Oedem des Coecums und des Kolon ascendens war als Eingangspforte der Infection eine Angina tonsillaris mit Oedem der Schleimhaut am Kehlkopfeingang vorhanden.

K. ist der Ansicht, dass häufiger als man bisher annahm, aetiologische Beziehungen zwischen Hals- und Darmerkrankungen vorhanden sind. Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Berlin.** August—November 1900.

18. Meffert Heinrich: Ueber eine Form Little'scher Lähmung.
19. Loewenberg B. W.: Aetiologisches zur Hyperaciditas und Hypersecretio ventriculi.
20. Wolff Ernst: Beitrag zur Belastungstherapie.
21. Laufer Heinrich: Beiträge zur Kenntniss der Tibetischen Medicin.
22. Schulhof Max: Dauerresultate der Gottschalk'schen rein intraperitonealen Fixirung des Uterus von der Scheide aus zur Heilung der Retroflexio uteri.
23. Blanke Adolf: Welche Gefahren bietet das Fleisch tuberculöser Thiere für den Menschen und wie weit darf solches als Nahrungsmittel verwandt werden?
24. Gerganoff Dragomir: Zur Pathologie und Therapie der Bleichsucht.
25. Wetscheslof Michael: Beiträge zur Kenntniss der Nasendrüsen bei den Vögeln.
26. Michailowsky Elias: Die Augenheilkunde des Avicenna.
27. Prüsmann Fritz: Die Behandlung des Geschwürs nach Galen.
28. Maass Johann: Ueber das Vorkommen virulenter Tuberkelbacillen in Milch und Milchproducten von perlsüchtigen Kühen und über die Gefahren des Genusses solcher Nahrungsmittel für den Menschen.
29. Ewer Ernst: Ein Fall von Netzhautblutung bei Miliartuberculose.
30. Urstein Moritz: Ueber cerebrale Pseudobulbärparalyse.
31. Strunz Jorge Harry: Die Entartung der Uterusmyome.
32. Hirschberg Leopold: Die maligne Lues.
33. Moses Oskar: Ueber postoperativen Ileus.
34. Nolte Theodor: Ueber frühe Fälle von Extrauteringravidität.

Universität **Bonn.** November 1900.

37. Kruchen Max: Zur Sicherstellung der Typhusdiagnose durch culturellen Nachweis nach dem Verfahren von Piorkowski.
38. Reintges Wilh.: Die Trepanation des Processus mastoideus.

Universität **Breslau.** November 1900.

37. Cohn Jacob: Ueber otogene Meningitis.
38. Foerster Wilhelm: Versuch über die Beeinflussung der Harnsäureausscheidung mit specieller Berücksichtigung der Chinasäure und der chinasauren Salze.
39. Steinitz Franz: Ueber Versuche mit künstlicher Ernährung.

Universität **Erlangen.** October und November 1900.

28. Rausch Karl: Verletzungen als Ursache von Tumoren.
29. Clarus Hermann: Metastasen bei Mammacarcinom.
30. Weinbrenner Carl: Beitrag zur Kenntniss der Verletzungen der Extremitäten des Kindes unter der Geburt.
31. Guericke Hildebert: Therapeutische Erfolge bei einem Unfallkranken.
32. Gast A.: Verletzungen als Ursache von Caries.
33. Hessler Joseph: Ein Fall von extremster Cavernenbildung der Lunge.
34. Hopf Robert: Ueber Bedeutung der Atheromatose für die Aetiologie des chronischen Magengeschwürs.
35. Assum Hans: Ueber Rhinoplastik.

Universität **Freiburg.** November 1900.

39. Zlocisti Theodor: Ueber die Augenerkrankungen bei den acuten Exanthemen.
40. Posthumus Henderikus: Ein Fall von Fibroma nervorum.

Universität **Giessen.** October 1900. Nichts erschienen.
November 1900.

27. Hildebrand Peter: Ueber den Vorfall der Extremitäten unter der Geburt.
28. Hoerl W.: Beitrag zur Lehre von der Episkleritis.
29. Dauernheim Robert: Zur Casuistik der Leberabscesse.
30. Becker Leop.: Beitrag zur Kenntniss der Pulver- und Dynamitverletzungen des Auges.
31. Swiderski Bronislaus: Beiträge zur Eklampsiefrage.
32. Kärnbach Kurt: Zur pathologischen Anatomie der Hufgelenkschale des Pferdes *).

*) Ist Dissertation zur Erlangung der veterinär-medicinischen Doctorwürde.

Universität **Greifswald.** November 1900.

23. Döllekes Heinrich: Zur Therapie und Prognose der Conjunctivitis gonorrhoica Erwachsener.

Universität **Halle.** November 1900.

17. Fielitz Johannes: Die operative Behandlung der Gallensteinkrankheit und ihre Erfolge in der Klinik von v. Bramann.
18. v. d. Goltz Otto: Ueber einige wichtige Einflüsse auf Verlauf und Folgen grösserer gynäkologischer Operationen.
19. Volkmann Gotthold: Die Häufigkeit des engen Beckens und dessen Folgen für die Geburt nach Beobachtungen der Halleschen Frauenklinik von 1895 bis 1900.

Universität **Heidelberg.** November 1900.

20. Kander Ludwig: Ueber die Complication der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes mit Klappenfehlern des Herzens.
21. Engert Heinrich R.: Die Entwicklung der ventralen Rumpfmusculatur bei Vögeln.
22. Liebert Willibald: Zur Frage des peripheren Wachsthums der Carcinome.

Universität **Jena.** October 1900. Nichts erschienen.
November 1900.

27. Feder Paul: Ueber den gegenwärtigen Standpunkt unserer Kenntnisse von der Desinfection der Mundhöhle.
28. Weiser Oswald: Ein Fall von glaukomatöser Iritis.
29. Starcke Ernst: Zur congenitalen Chorea.
30. Wessling Fritz: Ueber einen Fall von eitriger Glaskörperinfiltration, ausgehend von einer Operationsnarbe.

Universität **München.** November 1900.

79. Gack Richard: Ueber einen Fall von Mediastinaltumor, complicirt durch Pneumothorax.
80. Knorz August: Ein Fall von Sarkomatose des Peritoneums mit grösserer Tumorenbildung im Netz und Ovarium.
81. Dannegger Ludwig: Experimentelle Untersuchungen über das Lignosulfit in Rücksicht auf seine Verwendbarkeit in der Behandlung der Tuberculose.
82. Goldschmidt August: Ein Fall von Cholelithiasis.
83. van Hees Otto: Eine seltene Pfahlverletzung der Brust- und Bauchhöhle.

Universität **Strassburg.** November 1900.

36. Baer Lucian: Die Paralyse in Stephansfeld. Paralyse der Irren.
37. Wolff Walter: Ueber Neurofibromatose.
38. Levi Emil: Die Indicationen und Contraindicationen der operativen Behandlung der hochgradigen Kurzsichtigkeit.
39. Rosenfeld Fritz: Ein Beitrag zur Lehre der chlorotischen Mitralstenose.

Universität **Tübingen.** November 1900.

34. Hart Adolf: Klinisch-statistischer Bericht über 4305 erblindete Augen. Aus dem Material der Klinik. I. Theil.
35. Jürgensen Ernst: Zur Pathologie des Magencarcinoms.
36. Villinger Eberhard: Ueber einen Fall von acuter Leukaemie.
37. Schwarzkopf Emil: Klinisch-statistischer Bericht über 4305 erblindete Augen. Aus dem Material der Klinik. II. Theil.

Vereins- und Congressberichte.

Wissenschaftliche Wanderversammlung der Aerztevereine der Kreise Duisburg — Mülheim (Ruhr) — Ruhrort

zu Duisburg am 9. September 1900.
Vorsitzender: Herr Lenzmann, später Herr Schultze.
Schriftführer: Herr Lenzmann.
(Schluss.)

3. Herr **Cossmann**-Duisburg: **Ueber Localanaesthesie.**

M. H.! Trotz mannigfacher Verbesserungen der Methoden, trotz sorgfältigen Achtens auf Güte und Reinheit der anzuwendenden Präparate beherrschen wir heute ebensowenig wie früher die Gefahren der allgemeinen Narkose. Nach einer bekannten Statistik kommt 1 Todesfall auf 3258 Chloroformnarkosen und demgegenüber bietet die Angabe derselben Statistik, dass erst auf 14 987 Aethernarkosen 1 Todesfall entfällt, nur einen schwachen Trost. Denn abgesehen davon, dass der Nimbus der Ungefährlichkeit des Aethers durch die Feststellung der Aetherpneumonien erheblich verblasst ist, kann in dem Streite „hie Aether, hie Chloroform“ meines Erachtens kein in der Praxis stehender Arzt ausschliesslich nach einer Richtung hin Stellung nehmen, sondern er wird hier wie überall Eklektiker sein müssen. Auch der begeistertste Anhänger der Aethernarkose wird gelegentlich, wenn es sich z. B. um Patienten mit Emphysem und Bronchitis handelt, zur Chloroformmaske greifen müssen und umgekehrt wird auch Derjenige, welcher dem Chloroform den Vorzug gibt, bei Herzkranken den Aether oder bei blutarmen, nervösen Menschen das Chloroformäthergemisch wählen. Nicht in einer Verwerfung der einen oder anderen Methode ist das Heil zu finden, sondern lediglich in einer Verminderung der allgemeinen Narkosen. Diese Verminderung der allgemeinen Narkosen kann nach zwei Richtungen hin stattfinden. Zunächst muss eine Einschränkung der lediglich zu Untersuchungszwecken vorgenommenen Narkosen erstrebt werden, wenn auch zugegeben werden muss, dass diese Narkosen niemals ganz entbehrlich werden können, sodann aber muss in möglichst vielen Fällen die allgemeine Narkose durch eine zweckmässig geleitete Localanaesthesie ersetzt werden.

Es ist ein nicht hoch genug anzuschlagendes Verdienst von Schleich, dass er durch seine Arbeiten die Frage der Localanaesthesie wieder in den Vordergrund des Interesses gestellt hat. Der grosse Erfolg der Schleich'schen, sogen. „Infiltrationsanaesthesie“ beruht darauf, dass es Schleich gelungen ist, aus einer Vereinigung verschiedener Wege, die Leitung der sensiblen Nerven zu unterbrechen, eine sehr brauchbare und leistungsfähige Methode zu schaffen. Druck, Blutleere, Kälte und directe chemische Alteration der Nervensubstanz sind die 4 Factoren, durch welche Schleich die Anaesthesie bewirkt. Der Druck allein wird nie hinreichen können, die Nervenleitung zu unterbrechen, in der Tiefe werden genügend nicht comprimirte Nervenanastomosen übrig bleiben, um die Schmerzempfindung weiter zu leiten. Auch die Kälte allein wirkt nicht tief, vermag man doch kaum, die Haut in ihrer ganzen Dicke gefühllos zu machen, ausserdem aber ist der Vorgang des Erfrierens und ebenso der Vorgang des Wiederaufthauens schmerzhaft. Lässt man Kälte und Druck zusammenwirken, so gelingt es allerdings, schon recht erhebliche Grade von Anaesthesie zu bemerken. Die sehr schmerzhafte Operation der Entfernung eingewachsener Zehennägel habe ich früher stets in der Weise vorgenommen, dass die Zehe an ihrem Grunde abgeschnürt und alsdann der Aetherspray auf die Zehe gerichtet wurde. Es wurde immer vollkommene Gefühllosigkeit erzielt, allein immer wieder habe ich hier die Erfahrung gemacht, dass bei dieser Methode der Schmerz des Erfrierens in Folge der gleichzeitigen Umschnürung erheblich gemindert wurde, in den meisten Fällen sogar nicht zum Bewusstsein gelangte, dass dagegen der Vorgang des Wiederaufthauens nach Abnahme des umschnürenden Schlauches enorm schmerzhaft war und dass durch diese post operationem einsetzenden Schmerzen die bei der Operation erzielte Gefühllosigkeit zu theuer erkauft wurde. Bei der gleichzeitigen Anwendung von Kälte und Druck dürfte aber auch, wenigstens bei länger dauernden Eingriffen die Gefahr des Brandigwerdens und Absterbens der so behandelten Körpertheile in Frage kommen. Von Interesse ist die Art, wie Schleich von den beiden Factoren Druck und Kälte Gebrauch macht. Er verzichtet auf alle umschnürenden Schläuche und Binden, sondern bewirkt den Druck dadurch, dass er in die Gewebe seine anaesthesirende Lösung einspritzt. Durch die unter ziemlich hohem Druck eingespritzte Flüssigkeit werden Blut und Lymphe aus dem betreffenden eingespritzten oder „infiltrirten“ Bezirke verdrängt, es wird ein künstliches Oedem geschaffen und dadurch das „oedemisirte“ Gebiet, wie Schleich sich ausdrückt, unter einen viel höheren Druck gesetzt, als es in normaler Weise auszuhalten hat. Von der Kälte wird nur insofern Gebrauch gemacht, als das anaesthesirende Mittel auf 0° abgekühlt wird. — Durch den Vorgang der Infiltration wird auch eine Blutleere des infiltrirten Gewebes bewirkt, denn aus dem infiltrirten Gewebe quillt beim Durchschneiden nicht ein Tropfen Blut. Indessen spielt meiner Meinung nach die Blutleere bei dem Zustande-

kommen localer Gefühllosigkeit nur eine sehr untergeordnete Rolle. Da es sich ja bei jeder künstlich und zu ärztlichen Zwecken erzeugten Blutleere nicht um ein völliges Aufhören des Blutstromes, um eine totale Anaemie, sondern nur um eine Hemmung des Blutstromes, um eine sogen. Ischaemie handelt, so werden auch die sensiblen Nervenfasern nur einen Theil ihrer Leitungsfähigkeit einbüssen und heftige Schmerzempfindungen nach wie vor weiterleiten. — Was nun endlich die directe chemische Beeinflussung der Nerven durch solche Mittel, welche die Leitungsfähigkeit herabsetzen, anbelangt, so darf auch hier Schleich ein grosses Verdienst zuerkannt werden insofern, als er es sich hat angelegen sein lassen, die unterste Grenze, bei welcher die gebräuchlichsten Lösungen noch wirksam sind, festzustellen. Schleich hat erwiesen, dass eine Lösung von **0,02** Cocain. muriat. auf hundert Theile destillirten Wassers ausreicht, um eine vollkommene Anaesthesie zu bewirken und ferner, dass in einer 0,2 proc. Kochsalzlösung sogar **0,01** Cocain auf 100 völlig zur gewünschten Wirkung ausreicht.

M. H.! Das ist unzweifelhaft ein grosser Fortschritt, wenn man bedenkt, dass zu der früher üblichen Cocainanaesthesie Landerer und Wölfler eine 4—5 proc. Lösung verwendeten. Die Gefahr der Cocainintoxication ist durch Schleich's Methode geradezu ausgeschlossen.

So sehr ich nun, wie Sie gehört haben, die erheblichen Vorzüge der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie anerkenne, so muss ich doch einzelne Bedenken gegen die Methode geltend machen und zwar nach vier Richtungen hin.

Jedes infiltrirte Gewebe ist völlig gefühllos. Diese Behauptung Schleich's wird Jeder, der nach seinen Angaben gearbeitet hat, durchaus bestätigen müssen. Es ist aber nur die infiltrirte Zone gefühllos, keinen Millimeter darüber hinaus. Darin liegt meiner Ansicht nach eine Schwäche der Methode. Man muss beim Operiren nach Schleich immerfort abwechselnd zur Spritze und zum Messer greifen, denn nur bei ganz kleinen oberflächlichen Eingriffen ist es möglich, gleichzeitig Haut und tiefer liegende Theile gefühllos zu machen.

M. H.! Wir alle wissen, wie es bei Operationen zugeht, man geräth gelegentlich einmal mit dem Messer an eine Stelle, an welcher zunächst ein operatives Eingreifen noch nicht beabsichtigt war. Die Stelle ist nicht infiltrirt, sofort fühlt der Patient den Schmerz, das vor der Operation gegebene Versprechen des Arztes, dass der Kranke nichts fühlen werde, ist nicht erfüllt, der Patient wird und bleibt meistens aufgeregt. Schleich sagt allerdings in seinem Buche „Schmerzlose Operationen“: „Das Operiren innerhalb nicht anaesthesirten Gebietes ist eine persönliche Ungeschicklichkeit oder ein Mangel an Verständniss für das Princip.“ Indessen derselbe Schleich sagt an einer anderen Stelle des obengenannten Buches, um den Vorwurf, dass seine Operirten unter dem Einfluss einer von ihm ausgehenden Suggestion ständen und darum nichts fühlten, zu begegnen: „Das wäre in der That eine sonderbare Suggestion, wenn ein Mensch im Banne eines Wortes soeben noch ohne leiseste Klage an einem Knochen, dessen Hüllen infiltrirt sind, sich meiseln lässt, und dass derselbe Mensch laut aufschreit, wenn das Messer, der scharfe Löffel, der Wundhaken in ein nicht infiltrirtes Gebiet der Haut hinein versehentlich ausgleitet.“ Dass also gelegentlich ein Instrument in ein nicht infiltrirtes Gebiet hineingeräth, scheint auch Herrn Schleich zu passiren.

Ein zweiter Uebelstand der Methode wird fühlbar beim Operiren in entzündetem Gewebe und bei Abscessen. Es muss mit der Infiltration im gesunden Gewebe begonnen werden, niemals darf in einen Abscess oder in ein entzündliches Exsudat direct injicirt werden, weil dadurch die Spannung des Gewebes zuweilen unerträglich gesteigert wird. Ob nicht bei der Unmöglichkeit, die Grenzen der Entzündung makroskopisch festzustellen, gelegentlich durch die Stiche in die Umgebung solcher inficirten Gewebe neue Eingangs- und Ansiedlungspforten für die Iefection geschaffen werden können, will ich dahingestellt sein lassen, sicher aber ist, dass man bei Operationen recht häufig plötzlich auf Eiterherde stösst, wo man solche noch nicht vermuthet hat und somit die Injection der anaesthesirenden Flüssigkeit in Abscesse und damit eine starke Steigerung der Schmerzhaftigkeit niemals sicher vermieden werden kann.

Während aber das entzündete Gewebe an sich keine Schwierigkeiten für die Infiltration bietet, sondern nur die Gefahr erhöhter Spannung und Drucksteigerung in den Geweben, ergibt sich in narbigem oder straff auf der Unterlage aufliegendem Gewebe, bei pathologischen oder physiologischen Verdickungen und Schwielen, am Handteller, an der Fusssohle, an der Kopfschwarte ein neues Hinderniss für die allgemeine und bequeme Durchführung der Schleich'schen Anaesthesie. Die Operation des eingewachsenen Nagels nennt der Autor selbst wegen der Sklerose der subungualen Bindegewebsbalken eine der schwierigsten, welche unter Infiltrationsanaesthesie gemacht werden kann.

Endlich aber wirkt auch das mit der Infiltration verbundene Oedem der Gewebe zuweilen sehr störend ein. Durch dieses Oedem wird unbedingt die topographische Orientirung, die Unterscheidung gesunden und kranken Gewebes häufig erschwert und zwar, wie H. Braun sehr richtig sagt, ebensowohl für das Auge, wie für den palpirenden Finger. Demgemäss dürfte die Infiltrationsanaesthesie contraindicirt sein bei der Exstirpation von diffus entwickelten bösartigen Geschwülsten oder Lymphdrüsen, sowie überhaupt bei allen operativen Eingriffen, bei denen eine schnelle Orientirung erforderlich ist. — Nebenbei sei noch erwähnt, dass das Cocain unter dem Einflusse der Glühhitze sich zersetzt und unwirksam wird. Daher wird z. B. die Operation von Haemorrhoidalknoten mit dem Thermokauter trotz anfänglicher Anaesthesie nicht schmerzlos zu Ende geführt werden können.

Schleich bewirkt, wie wir gesehen haben, die Anaesthesie dadurch, dass die Gewebe völlig mit der anaesthesirenden Flüssigkeit durchtränkt werden. Die Flüssigkeit kommt in die innigste Berührung mit den sensiblen Nervenendigungen. Auf gänzlich anderen Grundsätzen baut sich eine zuerst von Oberst in die Praxis eingeführte Methode der localen Anaesthesie auf. Hier wird das Operationsgebiet dadurch gefühllos gemacht, dass man die anaesthesirende Flüssigkeit in die Nervenstämme oder wenigstens in die möglichste Nähe der Nervenstämme der das Operationsgebiet versorgenden Nerven bringt. Durch das Eindringen der Flüssigkeit in die Nervenstämme wird deren Leitungsfähigkeit unterbrochen und so eine ganz vollkommene Gefühllosigkeit bewirkt. Man bezeichnet diese Methode als regionäre oder periphere Anaesthesie. Sehr wichtig ist dabei die Sorge dafür, dass die zu Anaesthesirungszwecken eingespritzte Flüssigkeit nicht allzuschnell resorbirt wird, und so erscheint es nur naturgemäss, wenn die Methode im Beginn hauptsächlich bei Operationen an den Fingern und Zehen, wo dieser Forderung durch einen umschnürenden Schlauch leicht genügt werden konnte, geübt wurde. Erst der neuesten Zeit war es vorbehalten, die regionäre Anaesthesie, welche dem Schleich'schen Verfahren weit überlegen ist, auch auf andere Körpergegenden auszudehnen. Die Anwendungsart ist, kurz skizzirt, folgende. Will man z. B. ein Panaritium operiren, so wird der Finger an seiner Basis mit einem dünnen Gummischlauch oder event., wie es Gerhardi empfiehlt, mit einem dünnen Strang aus angefeuchteter Mullbinde, umschnürt und zwar nicht allzu fest. Zum Schliessen des Gummischlauches wird eine kleine Péan'sche Arterienklemme benutzt. Alsdann wird sowohl auf der Streck- wie auf der Beugeseite des Fingers in die Umgebung der Nervenstämme, mithin im Ganzen an vier Stellen, eine halbe Spritze einer ½ oder 1 proc. frisch zubereiteten Lösung von Cocain oder Eucain eingespritzt. Die Stellen, an welchen mit der Spritze die Injectionen gemacht werden, werden zuvor durch einen Strahl mit dem Aethylchloridspray unempfindlich gemacht. Nach 5 Minuten ist die so behandelte Zehe vollkommen gefühllos, so dass jede beliebige Operation, an den Weichtheilen sowohl wie am Knochen, schmerzlos vorgenommen werden kann. Diese Anaesthesie hält vor, so lange die Abschnürung bleibt, während die nach Schleich bewirkte Anaesthesie nur während ca. 20 Minuten bestehen bleibt. Wird die Umschnürung aufgehoben, so kehrt in einigen Minuten die Empfindung zurück, aber wie ich mich in zahllosen Fällen überzeugen konnte, stets ohne jeden Nachschmerz. Das Ausbleiben des Nachschmerzes ist wohl aufzufassen als eine Nachwirkung der Anaesthesirungsflüssigkeit auf die Nerven. Gegenüber der Schleich'schen Methode, welche sich Schritt um Schritt die Anaesthesie erringen und für diese Errungenschaft ein mächtiges Oedem des zu operirenden Gewebes sich gefallen lassen muss, bedeutet die Möglichkeit, nach Belieben völlig in unverändertem Gewebe operiren zu können, einen unzweifelhaften Fortschritt, ganz abgesehen davon, dass

die regionäre Anaesthesie mit derselben Leichtigkeit bei entzündetem wie narbig verändertem Gewebe zur Anwendung gelangen kann. Allein ausser der Bereicherung unseres technischen Könnens verdanken wir gerade den Arbeiten über regionäre Anaesthesie auch eine Vermehrung unseres Wissens über die theoretischen Grundlagen der localen Anaesthesie. Dass bei der regionären Anaesthesie die Unterbrechung der Nervenleitung lediglich durch eine bestimmte chemische Beeinflussung der Nervensubstanz bewirkt wird, liegt auf der Hand. Durch sehr exacte, von H. Braun-Leipzig und Heinze ausgeführte Versuche ist aber nachgewiesen, dass diese specifische chemische Wirkung der Anaesthetica auch bei der Infiltrationsanaesthesie das Ausschlaggebende ist und dass die früher geschilderten Factoren wie Druck, Blutleere und Kälte nur eine ganz untergeordnete Bedeutung haben. Braun hat Folgendes festgestellt: Wird eine wässerige Lösung in das Gewebe eingespritzt, so können 3 Möglichkeiten statthaben. Entweder wird Wasser an das Gewebe abgegeben, das Gewebe somit zur Quellung gebracht oder es wird dem Gewebe Wasser entzogen, mithin eine Schrumpfung des Gewebes bewirkt, oder endlich ist die in das Gewebe eingespritzte Lösung osmotisch indifferent. Zu Gewebsinjectionen dürfen zur Vermeidung von Reiz und Schädigung des Gewebes nur osmotisch indifferente Lösungen Verwendung finden. Die osmotische Spannung ist aber gleich bei allen wässerigen Lösungen mit dem gleichen Gefrierpunkt; es dürfen also zu Gewebsinjectionen nur solche Lösungen gewählt werden, welche den gleichen Gefrierpunkt haben wie die Körperflüssigkeiten, d. h. einen Gefrierpunkt von annähernd 0,55° unter Null. Osmotisch indifferent ist nach den Untersuchungen von Braun eine 5,8 proc. Cocainlösung. Will man also, wie es ja wegen der Gefahr der Cocainintoxication unbedingt erforderlich ist, dünnere Cocainlösungen verwenden, so muss so lange eine indifferente Lösung, z. B. Kochsalzlösung zugesetzt werden, bis der Gefrierpunkt der Lösung auf 0,55° erniedrigt ist. Nur dann wird die Schädigung des Gewebes vermieden, nur dann eine reine Cocainwirkung auf die Nervenendigungen erzielt werden.

Durch die Forschungen Braun's hat sich ferner ergeben, dass jede grössere Abweichung von der normalen Körpertemperatur die Nerven reizt; es müssen daher nach Braun auf Körpertemperatur erwärmte Flüssigkeiten zur Anwendung gelangen und nicht, wie Schleich fordert, auf 0° abgekühlte Flüssigkeiten. Auch den Zusatz von Morphium zu der Infiltrationsflüssigkeit verurtheilt Braun, weil das Morphium überhaupt kein locales Anaestheticum sei und weil es noch bei bedeutender Verdünnung Oedem der Gewebe hervorrufe.

Die mir zubemessene Zeit gestattet mir nicht, auf die sehr interessanten Bestrebungen, der Vortheile der regionären Anaesthesie auch bei grösseren Operationen theilhaftig zu werden, ausführlich einzugehen, daher nur einige Worte darüber. Manz machte Sehnennähte an der Hand, Resectionen am Tarsus und Metatarsus völlig schmerzlos; Gottstein berichtet aus der Breslauer chirurgischen Klinik von einer Amputation nach Pirogoff, welche unter Oberst'scher Anaesthesie völlig schmerzfrei ausgeführt wurde. Bier und Hildebrand haben mit Erfolg das Rückenmark cocainisirt und dadurch eine völlige Gefühllosigkeit der unteren Körperhälfte herbeigeführt. Auf dem diesjährigen internationalen Congress in Paris hat Tuffier über 125 Operationen berichtet, bei welchen er die medulläre Cocainanaesthesie angewendet hat. Diese Operationen betrafen die unteren Extremitäten, das Perineum, die Blase, das Rectum, Uterus und Adnexe, sowie den Darm. Er hat bis zu 1½ cg Cocain benutzt und in allen Fällen vollkommene Anaesthesie erreicht. Er ist der Ansicht, dass bedrohliche Erscheinungen vermieden werden können und dass dieselben nur auf zu grosse Dosen zurückzuführen sind. Indessen hat Bier an sich selbst nach ganz geringen Dosen recht unangenehme Nebenwirkungen erlebt und in der No. 36 der Münch. med. Wochenschr. 1900 warnt er davor, die Lumbalanaesthesie für ein Verfahren anzusehen, welches schon für den allgemeinen Gebrauch reif sei. Gleichzeitig aber weist er darauf hin, dass er mit Versuchen beschäftigt sei, das Cocain auch in seiner Wirkung vom Lumbalsack aus ungefährlich zu machen, die unangenehmen Nebenwirkungen zu verhindern und endlich die Cocainwirkung so weit auszudehnen, dass man am ganzen Rumpf und an den Armen schmerzlose Operationen ausführen kann.

M. H.! Noch stehen wir erst im Beginn einer methodischen Ausbildung der Localanaesthesie. Was aber bisher erreicht ist, berechtigt uns zu der Hoffnung, dass die Localanaesthesie im Laufe der Zeit immer mehr vor Allem den praktischen Aerzten ein werthvolles Hilfsmittel werden wird, um den ihnen anvertrauten Kranken Heilung auf operativem Wege zu bringen, ohne sie den Gefahren der allgemeinen Narkose auszusetzen.

Discussion: Herr Wagner: Ich möchte auf eine Modification der regionären Anaesthesie aufmerksam machen, die von Hackenbrück vor einigen Jahren auf dem Chirurgencongress empfohlen wurde. Es besteht dieselbe in der Einspritzung einer Lösung von Cocain hydrochlor., Eucain hydrochlor. āā 0,05, Aqu. destill. 10,0 um das zu anaesthesirende Gebiet. Die Lösung muss frisch bereitet und warm sein. Das Verfahren ergab mir stets vorzügliche Resultate.

An der weiteren Discussion betheiligten sich die Herren: Aenstoots, Schäfer, Hippmann, Schultze, Cossmann.

Physiologischer Verein in Kiel.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 25. Juni 1900.

Herr **Petersen: Ueber Plattfüsse.**

Nachdem Vortragender die anatomischen Verhältnisse des Fusses in die Erinnerung zurückgerufen hat, bespricht er zunächst die Mechanik und hebt hervor, dass noch durchaus keine Klarheit darüber besteht, was man als Pronation und Supination ansieht, und was man unter Adduction und Abduction versteht. Während Henke überhaupt nicht von Pronation spricht, brauchen Andere für dieselbe Bewegung bald die Bezeichnung Pronation, bald die Bezeichnung Abduction. Eine Einigung ist leicht zu erzielen, wenn man sich den Fuss bei Rückenlage des Körpers so stark gebeugt denkt, dass die Fusssohle auf der Unterlage aufruht, und der Fuss in der Verlängerung des Unterschenkels steht, wie die Hand in der Verlängerung der Vorderarmes. Pro- und Supination ist dann eine Drehung des Fusses um seine Längsachse, Ad- und Abduction eine Krümmung oder Knickung der Längsachse nach innen und aussen.

Wir können, wenn wir dies festhalten, die ganze Anatomie der Plattfüsse kurz und genau angeben, indem wir nach Henke sagen: Der Plattfuss ist ein Pes flexus, reflexus, abductus, und noch hinzufügen pronatus.

Pes flexus: Die Flexion findet statt im oberen Sprunggelenk (Talocruralgelenk), bleibt aber in physiologischen Grenzen. Der Kopf des Sprungbeins ist nach abwärts gekehrt, der Fersenhöcker gehoben.

Pes reflexus: Die Flexion drückt das vordere Ende vom Sprungbein und Fersenbein nach abwärts, die Fussspitze wird vom Boden aufgehalten, die Reflexion erfolgt im Chopart'schen Gelenk, wo die Bewegung die physiologischen Grenzen überschreitet und eine Subluxation eintritt. Das Fussgewölbe ist abgeflacht, eingesunken.

Pes pronatus: Die Drehung des Fusses geschieht hauptsächlich im unteren Sprunggelenk (Talocalcaneargelenk). Das Fersenbein legt sich um, die äussere Seite kehrt sich mehr nach oben, in hochgradigen Fällen so sehr, dass sie mit der Spitze des Wadenbeinknöchels eine Gelenkverbindung eingeht. Das Fersenbein steht nach aussen von der Schwerlinie des Unterschenkels, die Fussgewölbshöhe berührt den Fussboden, der Fuss hat sich umgelegt (v. Heger). Auch hier ist die physiologische Grenze der Bewegung überschritten.

Pes abductus: Es handelt sich hier um eine Subluxation im Chopart'schen Gelenke nach aussen. Die Längsachse des Fusses erfährt in diesem Gelenke eine Knickung. Die Spitze des Winkels wird bezeichnet durch den nach innen (und unten) vorspringenden Sprungbeinkopf. Mit der Abduction ist auch etwas Pronation im Chopart'schen Gelenk verbunden.

Vortragender bespricht noch die Mechanik der Entstehung des Plattfusses und macht dabei darauf aufmerksam, dass das Gehen mit nach auswärts gerichteter Fussspitze das Zustandekommen des Plattfusses begünstigt, weil dabei zuerst der äussere Fussrand den Boden berührt und bei der Uebertragung der Körperlast zuerst festgehalten wird.

Der Vortrag wird ausführlich an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Herr **Bockendahl** berichtet über die Resultate der **Syphilisstatistik** des Kieler ärztlichen Vereins.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereins.)

Sitzung vom 30. Juli 1900.

Vorsitzender: Herr Bardenheuer.
Schriftführer: Herr Dreesmann.

Herr **J. Steiner: Ueber die Erkrankung des distalen Endes des N. medianus.**

M. H.! Der Patient, welchen ich Ihnen vorzustellen mich beehre, ist ein Mann von 46 Jahren, der niemals ernstlich krank gewesen ist, insbesondere keine Lues gehabt hat, auch nicht das Aussehen eines Trinkers darbietet, vielmehr einen sehr verständigen Eindruck macht und seit 33 Jahren in einem hiesigen Eisenwerk als Sandformer beschäftigt ist.

Derselbe kam am 11. Febr. c. zu mir mit der Klage, dass er vor 2 Tagen des Morgens beim Erwachen eine Taubheit in der linken Hand, namentlich am Daumen, Zeige- und Mittelfinger, empfunden habe, die noch fortbestehe und ihn an der Ausübung seiner Arbeit hindere. Der Gedanke, dass es sich um eine Affection handle, die in die Gruppe der Schlaflähmungen gehöre, musste sofort zurückgestellt werden, da der Mann auf Befragen angab, dass er weder mit über den Kopf geschlagenen Armen, noch auf denselben geschlafen habe.

Die Localuntersuchung ergab folgende Störung: Daumen, Zeigefinger, halber Mittelfinger incl. der angehörigen Haut der Hand bis hinauf zum Handgelenk sind für jede Qualität des Gefühles herabgesetzt; dieselbe Störung reicht auf die Rückseite des Daumens und dem radialen Rande des Zeigefingers. Die Beugung des Daumens, sowie die Opposition desselben gegen den kleinen Finger sind gestört, ebenso die Beugung des Zeigefingers, weniger jene des Mittelfingers. Die Function der übrigen Finger, der Hand und des ganzen Armes sind nirgends gestört, insbesondere sind die Stämme des Nerven am Arme auf Druck nicht empfindlich, dagegen ist der Plex. brachialis in der Fossa supraclavicularis auf Druck schmerzhaft. Endlich sind spontane Schmerzen in der linken Hand niemals vorhanden gewesen. Sehr auffallend erschien die Mittheilung des Mannes, dass seit Eintritt der Störung die kranken Finger den schwarzen Arbeitsstaub nicht mehr aufnehmen und in der That zeigte sich, dass die erkrankten Theile der Hand zum grössten Theile von dem schwarzen Eisenstaub frei geblieben waren. Bei genauerem Zusehen und auf Befragen stellte sich heraus, dass jene Theile trockener sind als die anderen Theile der Hand, d. h. es war neben der sensiblen und motorischen Störung auch eine trophische Störung (Schweissabsonderung) vorhanden.

Die elektrische Untersuchung zeigte nichts Besonderes.

Es handelt sich um eine leichte Entzündung des distalen Endes des N. medianus, die den Mann, obgleich sie völlig schmerzlos verläuft, sehr belästigt, da sie seine Arbeitsfähigkeit beschränkt.

Um die richtige Therapie einleiten zu können, ist die Aetiologie der Erkrankung zu eruiren. Der Patient gibt an, dass er mit der linken Hand einen grossen Metallstab festhält, der in die Sandform hineingesteckt wird und gegen welchen mit einem Hammer von seiten seiner rechten Hand mächtige Schläge geführt werden, um auf diese Weise das Object aus der Form herauszuschlagen. Hiebei erleidet die linke Hand mächtige, wiederholte Erschütterungen, welche wohl zu der Erkrankung geführt haben.

Verschiedene Ueberlegungen machen es indess wahrscheinlich, dass hiermit die Aetiologie nicht erschöpft ist. In der That pflegen alle die Arbeiter, welche an den heissen Oefen der Eisenindustrie arbeiten, das Bedürfniss zu haben, mehr Flüssigkeit aufzunehmen, als Arbeiter anderer Berufe. Die Flüssigkeit pflegt aber ein alkoholisches Getränk zu sein. Der Mann gibt denn auch auf Befragen zu, dass er täglich ziemliche Mengen geistiger Getränke aus jenem Bedürfnisse zu sich genommen habe. Obgleich er also kein eigentlicher Trinker ist, unterliegt er doch einer chronischen Alkoholvergiftung, welche den Boden zu jener Erkrankung vorbereitet.

Man hat demnach therapeutisch nicht allein vorläufig die Arbeit zu verbieten, sondern vor Allem den Alkoholgenuss. Und das war das Moment, auf welches ich in diesem Falle Ihre Aufmerksamkeit habe richten wollen.

Unter dieser Therapie, neben etwas Galvanisation, war der Zustand nach 2—3 Wochen erheblich gebessert. Als ich den Mann nach 7 Wochen wiedersah, arbeitete er schon lange (ohne Alkohol) und die Wiederherstellung war eine vollständige.

Discussion: Herr Minkowski erwähnt im Anschluss an die von Herrn Steiner hervorgehobene Verschiedenheit in der Aufnahme von Farbstoffen in den von dem gelähmten Nerven versorgten Hautparthien eine Beobachtung, in welcher im Bereiche einer neuritischen Affection das Verblassen einer Tätowirung innerhalb kurzer Zeit zu Stande kam.

Herr Hochhaus bemerkt, dass diffuse Erschütterungen der Extremitäten gar nicht so selten Ursache von Neuritis sind; er selber hat dies mehrfach bei den Nietern von Panzerplatten beobachtet, wobei auch eine sehr starke Erschütterung der oberen Extremitäten desjenigen Arbeiters stattfindet, der mit einem Eisen gegenstemmt.

Herr Kirchgässer: Einen gleichfalls in dieses Capitel gehörigen, höchst interessanten Fall von isolirter neuritischer Erkrankung, die zweifellos durch wiederholte starke diffuse Erschütterung hervorgerufen worden war, hatte ich vor einigen Wochen Gelegenheit zu beobachten. Es handelte sich um einen etwas neurotisch veranlagten Herrn, der seit einiger Zeit den Radfahrsport betrieb. Um seine Fertigkeit zu erproben, war er mehrere Tage mit stark aufgepumpten Rädern über sehr holperiges Strassenpflaster gefahren, wobei er, wie alle Anfänger, die Lenkstange krampfhaft fest umklammert gehalten hatte. Eines Morgens erwachte er mit starken Schmerzen und lähmungsartiger Schwäche des ganzen rechten Armes. Bei der Untersuchung zeigte sich ein ausgesprochener Herpes des Oberarmes, des Vorderarmes und der Dorsalfläche der Hand (genau im Gebiete des rechten Nervus radialis). Zugleich waren deutliche Paraesthesien der Haut, sowie Paresen der vom Nerv. rad. versorgten Muskeln vorhanden, Erscheinungen, die nach einigen Wochen mit dem Herpes wieder vollständig geschwunden sind.

Herr **Fritz Frank** stellte 2 Fälle vor, in denen bei nicht paralytischen **Deformitäten des Fusses** durch Sehnen- und Bänderplastik versucht worden war, normale Verhältnisse wieder herzustellen. Bardenheuer übertrug, unabhängig von Hoffa, die Erfahrungen, die er bei Correction von paralytischen Fusscontracturen gemacht hatte, auf die Verbesserung der Stellung des congenitalen Klumpfusses und des rachitischen wie statischen Plattfusses.

Redner geht dann auf die Entwicklung des Plattfusses ein. Die Umgestaltung des kindlichen Fusses, dessen Bewegungen nach der Supinationsseite gerichtet sind, zu dem des Erwachsenen, wo die Pronation in den Tarsalgelenken mehr in Anspruch genommen wird, entsteht durch Belastung und die Körperschwere.

Zur Erhaltung des Fussgewölbes und der gegebenen Beziehung der Fussskeletknochen zu einander dient unmittelbar die Verkittung der einzelnen Fusswurzelknochen durch kurze elastische Bänder, sodann die Unterstützung durch lange Bänder, die sich über das ganze Gewölbe ausspannen und dasselbe mit benachbarten Skelettheilen in Verbindung setzen (Fascia plantaris, Lig. deltoides und Lig. calcan. fibul.). Als mittelbare, functionell jedoch wichtigste Träger des Fussgewölbes dienen die langen zum Fuss hinziehenden Muskeln, deren Arbeit im Sinne der Erhaltung des Gewölbes wirkt, vor Allem der M. tibialis posticus. Erst bei ihrer Erschlaffung wird secundär der Bandapparat als Stütze in Anspruch genommen. Zur Entstehung des rachitischen Plattfusses genügt die Einwirkung der Körperlast auf die abnorm weichen Knochen des Fusses, um denselben abzuflachen und in Abduction zu stellen, secundär geben dann die Bänder nach, die Musculatur wird gedehnt und für die Wiederherstellung des Fussgewölbes relativ insufficient, da ihr Ansatzpunkt von ihrem Ursprung dauernd abnorm abgerückt ist. In anderer Reihenfolge wird beim statischen Plattfuss der Entwicklungsjahre der Fixationsapparat des Fussgewölbes in Anspruch genommen; hier wird der Tonus der Musculatur ausgeschaltet durch Ueberanstrengung und folgende Erschlaffung. Nebenher geht wohl analog dem von Mikulicz beim Genu valgum erhobenen Befund eine abnorme Nachgiebigkeit der Knochen, die unter der Körperlast einsinken und den Fuss in Pronation stellen.

Von diesen Voraussetzungen ausgehend, suchte Bardenheuer beim mobilen Plattfuss, der bei der bisher gewohnten Behandlung schliesslich wieder in die alte fehlerhafte Stellung zurückfiel, dem Fuss dadurch einen dauernden Halt zu geben, dass er den M. tibialis posticus, weil gedehnt, um 2 cm verkürzte, und ebenso die Bänder an der Pronationsseite des Lig. deltoides etc. faltete und einschlug. Als Hilfsoperation erwies sich in einem weiteren Falle die Verlängerung der Achillessehne als nöthig, da bei hochgradigem Pes valgus durch die Pronation und Umkippung des Fersenbeins sich Ansatz und Ursprung des Triceps surae einander genähert und letzterer sich mit der Zeit dadurch verkürzt hätte. Die Operation ist ungefährlich und vollzieht sich ausserhalb der Gelenke. Die Verlängerung der Achillessehne erfolgt nach Tayer.

In ähnlicher Weise suchte Bardenheuer beim congenitalen Klumpfuss in geeigneten Fällen die auf der medialen Seite gelegenen abnorm verkürzten Muskeln und Bänder zu verlängern, bezw. zu durchschneiden, während er die auf der Supinationsseite gelegenen Muskeln, die Peronei, um mehrere Centimeter verkürzte; die Verlängerung der Tendo Achillei leitet hier natürlich die Operation ein; dieselbe gestaltet sich demgemäss folgendermaassen:

1. Schnitt lateral vor der Achillessehne: Verlängerung der letzteren, Verkürzung der Peronei und event. der Extensoren.

2. Schnitt medial hinter dem Tibialis anticus: Verlängerung des Tibialis anticus und posticus und Durchschneidung der Ligg. deltoid. und Fascia plantaris. Die Methode nähert sich der von Phelps angegebenen.

Bardenheuer ist mit den Resultaten bisher sehr zufrieden. Beim Plattfuss ist naturgemäss die Allgemeinbehandlung, die Hebung der Atonie der Gewebe, Phosphor, Massage u. s. w., nicht ausser Acht zu lassen. Das gute augenblickliche Resultat muss vorerst durch eine Einlage aufrecht erhalten werden, bis durch functionelle Belastung wieder noumale Verhältnisse des Fussskelets eingetreten. Das Hauptziel der Methode ist, die für die Erhaltung des Fussgewölbes functionell am wichtigsten erscheinende Musculatur durch Wiederherstellung ihrer normalen Länge in den Stand zu setzen, die durch Bänderplastik gehörig gefügten Knochen in den Gelenken innerhalb der physiologischen Weite zu bewegen. Neu ist die Uebertragung auf statische Deformitäten: ein Erfolg ist hier, wo wir es nur mit gut contractilen Muskeln zu thun haben, eher zu erwarten, als bei paralytischen Deformitäten des Fusses.

Discussion: Herr Cramer hält eine Nachbehandlung mit Hülsenapparaten, Gymnastik, Massage, Galvanisation für sehr nothwendig zur Erhaltung der erreichten Resultate.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 8. November 1900.

Vorsitzender: Herr Sendler.

1. Herr **Habs** demonstrirt eine durch Operation gewonnene **Ovarialdermoidcyste**, an der das eine obere Augenlid vollständig ausgeprägt ist, das betreffende untere nicht ganz; zwischen beiden liegt eine Blase (Auge). Wimpern und Brauen vorhanden; dessgleichen ein Stück Stirnhaut mit dahinter liegendem Knochen und ein Stück Kopfhaut mit langem Haarschopf.

2. Herr **Thorn** demonstrirt:

a) **Drei myomatöse Uteri**, zwei davon vaginal, der dritte abdominal total exstirpirt, Frauen in den 40 er Jahren entstammend, die reactionslos genesen sind. Die vaginal exstirpirten betrafen submucöse Myome des Fundus und der hinteren Wand, die durch abundante Blutungen das Leben gefährdeten. In dem einen, Uterus etwa kindskopfgross, schien die Enucleation möglich; sie wurde nach Umschneidung der vorderen Vagina, Ablösung der Blase und Spaltung der vorderen Wand versucht, scheiterte aber gleichermaassen an der Breite des Uterus über dem Scheidenansatz, die eine geringe Mobilität desselben nach unten bedingt, und der Weichheit und Zerreisslichkeit des Myoms, die ein rasches Morcellement erschweren. Die Enucleation breit sitzender Myome ist durchschnittlich ein blutigeres Verfahren als die vaginale Totalexstirpation und soll nur bei solitären Tumoren und nur dann gewählt werden, wenn die Erhaltung eines functionsfähigen Uterus wirklich Sinn hat. Der abdominal exstirpirte mächtige, 10 Pfund schwere myomatöse Uterus mit einer grösseren Ovarialcyste links, einer kleineren rechts, entstammt einer seit 8 Jahren in Beobachtung stehenden 48 jähr. Kranken, die seit ¾ Jahren amenorrhoisch war. Der myomatöse Uterus, namentlich ein subseröses Myom links, begann im letzten Vierteljahr rasch zu wachsen, daneben wuchs die linke Ovarialcyste und es stellte sich bei mangelhafter Herzthätigkeit Ascites ein. Der Fall ist ein lehrreiches Beispiel dafür, dass die Gefahren der Myomerkrankung keineswegs mit der Menopause wegfallen, sondern manchmal gerade dann einsetzen. Es mangelt noch immer an Uebereinstimmung in der Therapie der Uterusmyome, wie die diametral entgegenstehenden von Olshausen auf dem Chirurgencongress und A. Martin in Paris geäusserten Ansichten zeigen. Die Wahrheit dürfte, wie überall, so auch hier in der Mitte liegen. Gewiss soll man Myome nur auf strenge Indicationen hin angreifen, aber in der abwartenden Therapie auf Grund der zum Theil antiquirten Ansicht von der Harmlosigkeit der Uterusmyome auch nicht zu weit gehen. Technisch liess sich der referirte Fall, in dem einzelne Knollen tief in die Cervix herab bis auf's Scheidengewölbe interligamentär entwickelt ragten, in exacter Weise nur durch die Totalexstirpation bewältigen.

b) **Adnexe mit Papilloma ovar. sin. und perforirten Processus vermiformis einer Phthisika.** Die Mitte Dreissig stehende, sehr heruntergekommene Kranke, deren Lungentuberculose im Augenblick still steht, klagt seit ¼ Jahr über heftige Schmerzen im Unterleib. Die Untersuchung ergab: Pessar in der Vagina, Uterus in leichter Retroversio-flexio, beide Adnexe verdickt, besonders die rechten, mit dem Darm, anscheinend verwachsenen; die linken Adnexe liegen descendirt links im Douglas, ebenfalls fixirt; eine deutlich fühlbare Knötchenbildung auf der Oberfläche wird für tuberculös angesprochen. Laparotomie ergibt: Beide Ovarien klein, cystisch degenerirt, auf dem linken ein Papillom, entsprechend der gefühlten Tuberosität, doppelseitige Salpingitis, perforirendes, zweifellos tuberculöses Ulcus im mitverwachsenen Processus vermiformis. Die Kranke ist nach Exstirpation beider Adnexe und des Processus vermiformis und ventraler Fixation des Uterus ohne Störung gewesen und erholt sich gut.

c) **Doppelseitigen Pyosalpinx** einer 42 jährigen, wiederholt an Perimetritis erkrankten Pluripara, die vor 4 Wochen mit schweren peritonitischen Symptomen bei hohem Fieber eingeliefert wurde, sich aber relativ rasch besserte, so dass zunächst von einer Operation abgesehen wurde. Zu Hause haben sich sehr bald die Beschwerden wieder gesteigert, so dass zur Laparotomie und Exstirpation beider Eitertuben geschritten wurde; dabei wurde der retroflectirte und fixirte Uterus gelöst und mittels der Tubenstümpfe ventral fixirt. Th. macht von der Drainage nach Mikulicz relativ häufig Gebrauch, jedoch immer nur dann, wenn grosse, secernirende Wundflächen und viel der Nekrose verfallendes Gewebe zurückgelassen werden müssen. Das Platzen der Eitertuben lässt sich auch bei grösster Vorsicht nicht immer vermeiden, wohl aber lässt sich durch exactes Auspolstern mit Servietten die Bauchhöhle schützen. Das Ausschneiden der Tuben aus den Uterushörnern übt Th. nicht, sondern er vergräbt die Stümpfe möglichst in der Nähe des unteren Wundwinkels, sie von der übrigen Bauchhöhle isolirend, so dass man bei etwaigen Störungen in der Wundheilung leicht von aussen an sie gelangen kann. Der Inhalt alter Pyosalpinxsäcke ist bekanntlich auffallend harmlos; in diesem frischen Fall fieberte die Kranke einige Tage bis 39,1°, genas aber dann ohne weitere Störung.

d) **In's rechte Lig. lat. und später in die freie Bauchhöhle perforirte rechtsseitige Tubenschwangerschaft bei Uterus bicornis unicollis.** Die 34 jährige, seit 7 Jahren steril verheirathete Kranke wird mit der Diagnose: rechtsseitiger Ovarientumor, voraussichtlich durch Stieltorsion adhaerent geworden: recipirt. Früher gesund und stets regelmässig menstruirt, ist sie vor drei Wochen acut unter peritonitischen Erscheinungen erkrankt. Befund: Rechts dem Scheidengewölbe aufliegender, kugeliger, empfindlicher, absolut unbeweglicher faustgrosser Tumor. Uterus normal gross, nach links verschoben. Der für ein Dermoid angesehene Tumor entpuppt sich als Haematom, herrührend von einer zunächst in's Ligament. lat. dextr. und dann in die Bauchhöhle — in der noch flüssiges Blut war — perforirten tubaren Gravidität, in und unter dem das rechte Horn eines Uterus bicornis liegt; linkes Horn und linke Adnexe normal. Das aus seinen Fixationen gelöste rechte Horn wird ventral fixirt. Der quoad Diagnos. sehr interessante Fall ist glatt geheilt.

e) **Salpingitis duplex haemorrhagica, Haematoma ovar. dextr., doppelseitige peritubare Haematome, Haematoma lig. lat. dextr., Vitium cordis.** Frau S., 23 Jahre alt, seit ¾ Jahren verheirathet, erkrankt zur Zeit der Menses vor 8 Wochen unter peritonitischen Symptomen. Stat. praes.: Abgemagerte anaemische Person blutet aus dem sinistroponirten, normal grossen Uterus. Rechts von ihm unregelmässig gestalteter etwa faustgrosser, unbeweglicher, sehr druckempfindlicher Tumor, auf den die rechten Adnexe übergehen; hinter dem Uterus links apfelgrosser Tumor von gleichen Qualitäten. Keinerlei klinische Symptome für tubare Gravidität. Mitralinsufficienz. Diagnose: Stielgedrehter Ovarientumor rechts, links kleiner Ovarientumor resp. Salpingitis. Laparotomie. In der freien Bauchhöhle eine geringe Menge sanguinolenter Ascites, um beide Adnexe Cruor in mässiger Menge, nach dessen Abstreifung die dunkelblaurothen Adnexe zum Vorschein kommen. Beide Tuben vergrössert in Rosenkranzform, rechtes Ovarium mit dem Tubentrichter verwachsen, apfelgross, auf der Rückwand des Lig. lat. adhaerent. Dieses selbst, von stark erweiterten Venen durchzogen, enthält ein Haematom, in das die stumpf das Ovarium lösenden Finger einbrechen und das ein wenig sich in das Mesokolon erstreckt. Exstirpation der rechten Tube und des rechten Ovariums, partielle Naht des resecirten Lig. lat. Sodann Exstirpation der linken Tube und Resection des linken Ovariums in seinem cystisch entarteten Theil. Beide Tuben, in einzelnen Abschnitten verschlossen, enthalten in anderen dilatirten, theils flüssiges Blut, theils Cruor. Das rechte Ovarium besteht im Wesentlichen aus einem mit flüssigem Blut gefüllten Hohlraum, die kleinen Cysten des linken Ovariums sind mit sanguinolenter Flüssigkeit gefüllt. Abgesehen von einer ziemlich schweren Asphyxie verlief die Operation glatt und war nur in den ersten drei Tagen von leichten Temperatursteigerungen gefolgt, die Blutung ex utero hörte nach wenig Tagen auf. Entlassung am 20. Tage. Etwa 14 Tage später, zur Zeit der Menses, erkrankt Pat. nochmals acut unter heftigen Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend, Erbrechen etc. Temperatursteigerung besteht nicht, Puls frequent. Leib mässig aufgetrieben, rechts über dem Scheidengewölbe prall-elastischer, kleinfaustgrosser, sehr empfindlicher Tumor, der rasch zur Resorption gelangt, ohne Zweifel ein neues Haematom. Weder in den Tuben, noch im Ovarium, noch sonst wo sind Reste einer extrauterinen Schwangerschaft zu entdecken gewesen, so dass die Haemorrhagien nicht anders als auf die Phlebektasien und diese wiederum auf den Herzfehler zurückzuführen sind. Wenn auch das Gros aller intra- und extraperitonealen Haematome aetiologisch auf Extrauterinschwangerschaft beruht, so ist doch nicht zu leugnen, dass einzelne wenige Fälle auf der Basis localer Gefässerkrankungen und entzündlicher Processe im Becken entstehen, abgesehen davon, dass durch Blutungen in die freie Bauchhöhle, herstammend von einem Trauma oder einem malignen Tumor etc. extragenitaler Qualität Haematocelen im Douglas gebildet werden können.

f) **Pyosalpinx duplex gon. Bronchitis acut. Laparotomie. Am 18. Tag Ileus durch Achsendrehung einer Dünndarmschlinge, die in einer frisch gebildeten Hernie der Bauchnarbe adhaerent geworden war. Erneute Laparotomie. Heilung.** Der Fall hat Th. Veranlassung gegeben, von der zumeist geübten Methode der Bauchdeckennaht ab- und zu durchgreifenden Seidennähten wieder zurückzugehen. Die doppelseitige Pyosalpinx hatte zu so bedrohlichen peritonitischen Erscheinungen bei hohem

Fieber geführt, dass ein Abwarten nicht länger verantwortet werden konnte. Es bestand eine leichte Bronchitis, die durch die Chloroformnarkose auf's Heftigste verschlimmert wurde. Die Exstirpation beider Eitertuben war schnell und glatt auszuführen gewesen und die Heilung verlief auch quoad abdomen durchaus ungestört. Bei der Entfernung der Nähte am 11. Tage erschien die Bauchdecke tadellos geheilt. Die Genesene kam am 18. Tage p. op. von einem Spaziergang zurück, klagte über heftige Leibschmerzen, erbrach etc. Links neben der Narbe etwas unterhalb des Nabels war eine Resistenz von grosser Druckempfindlichkeit tastbar. Es bildete sich rasch das Bild eines typischen Ileus aus und so wurde nach ca. 20 Stunden zur erneuten Laparotomie geschritten. Das Nächstliegende war, an einfache Adhaesion und Drehung einer Dünndarmschlinge zu denken, doch schien die Resistenz fast in der Bauchdecke selbst zu liegen. Aus diesem Grunde eröffnete Th. links von der Resistenz die Bauchhöhle, klappte den rechten Wundrand um und hatte so den eigenthümlichen Anblick, dass in einer frischen Hernie der Bauchnarbe eine strangulirte Dünndarmschlinge festlag. Sie wurde leicht gelöst, reponirt und nun die ganze Narbe sammt Hernie excidirt. Die Hernie ging bis zur oberen Fascie; genäht war Peritoneum und untere Fascie isolirt mit Catgut, einige Muskelnähte von Catgut, exacte Catgutnaht der oberen Fascie, Seidennaht der Decke. Die trotz Morphium etc. kolossalen Hustenstösse haben unzweifelhaft allein Schuld und wenn also auch exceptionelle Verhältnisse hier vorlagen, so hat doch Th. sich verpflichtet gefühlt, der Neigung zur Dehiscenz kräftiger vorzubeugen. Er näht seitdem isolirt Peritoneum, führt durchgreifende Seidennähte durch die ganze Bauchdecke, näht dann isolirt untere Fascie, Muskel, obere Fascie, schliesst darauf die durchgreifenden Seidennähte und näht dazwischen die Decke mit Catgut.

3. Darauf referirt Herr **Thorn**: a) über einen **schweren Fall von Hyperemesis.**

Die 26 jährige I. Gravida, III. Mens. wird zum Skelett abgezehrt in die Klinik überführt. Hier trotzt das Erbrechen allen bekannten Heilfactoren. Die Kranke wird zuletzt durch 4 Tage nur per rectum ernährt, ohne dass das Erbrechen — jetzt nur noch Schleim — sistirt. Nervöse, resp. hysterische Symptome fehlen völlig. Eine einmalige Magenausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung stillt das Erbrechen sofort und endgiltig. Im Anschlusse an diesen Fall, der für Autointoxication sprechend aufgefasst werden könnte, bespricht und kritisirt Th. die verschiedenen Hypothesen über die Aetiologie der Hyperemesis. Die grosse Mehrzahl aller reinen Fälle ist suggestiv heilbar; man zögere nicht, die Kranken in isolirte klinische Pflege zu nehmen, sobald die gewöhnlichen therapeutischen Hilfsmittel versagen. Bei durch Magenerkrankungen, Retroflexio uteri etc. complicirten Fällen solle man natürlich zuerst die Complicationen auszuschalten versuchen, doch sei auch hier die antinervöse Therapie zumeist die Hauptsache. Th. hat in den letzten 12 Jahren nur einmal bei einer Pluripara den künstlichen Abort wegen einer schweren Hyperemesis eingeleitet, wo gleichzeitig ein rechtsseitiger interligamentärer Tumor bestand, der eine Geburt per vias naturales unmöglich gmacht hätte, nachdem alle bekannten Mittel versagt hatten.

b) Fall von sogen. **Hyperaesthesia uteri gravidi.**

Die Fälle sind im Ganzen selten und reihen sich aetiologisch und therapeutisch der Hyperemesis an; sie bilden vielleicht Analogien zu dem sogen. Rheumatismus des nicht graviden Uterus. Das Organ ist auf Betastung und bei Bewegungen überaus empfindlich, ohne dass die geringsten Anomalien an ihm selbst oder in seiner nächsten Umgebung nachzuweisen wären; nicht einzu reihen sind die Fälle, wo in vorausgegangenen Wochenbetten locale Entzündungen überstanden wurden oder wo es sich um abnorm rasche Dehnung des Uterus durch Hydramnion, Zwillinge, Blasenmole etc. handelt. Der vorliegende Fall betraf eine 28 jähr. II. Para, bei der erste Gravidität, Partus und Puerperium normal verlaufen waren. Sie ist im Beginne des 4. Monats gravid bei objectiv durchaus normaler Situation. Sie klagte über die heftigsten Schmerzen bei der geringsten Berührung und Bewegung. In kurzer Zeit bringt eine Scheinmassage und antinervöse Therapie in der Klinik völlige und dauernde Heilung.

4. Herr **Thorn** spricht sodann über **Retentio placentae cornualis.**

Aehnlich, wie der luftige Sitz des Eies über dem Orificium internum cervic. häufig zu Störungen und zum Abort führt, pflegt auch die Einbettung des Eies in den Cornua uteri Gefahren mit sich zu bringen. Jedenfalls ist die Exfoliation des Eies besonders bei Aborten hier nicht selten eine incomplete. Unter den letzten 100 Aborten in der Klinik fanden sich 11 cornuale Chorionretentionen; dazu kommt noch 1 Fall p. part. matur. und 1 Fall p. part. immatur. Die Disposition mag angeboren sein durch eine besonders starke Ausbildung der Cornua, auch Verlagerungen des Organs, wie namentlich Retroflexio mögen sie schaffen. Unter den 11 Fällen von Abort sass der Rest 5 mal im rechten, 6 mal im linken Horn. Die Fälle waren zumeist draussen curettirt worden, mehrere bis 3 mal, erfolglos. Diese Art der Retention hat eine grössere Bedeutung in praktischer Beziehung, als ihr gewöhnlich in den Lehrbüchern zugebilligt wird. Sistirt nach einer exact aufgeführten Curettage die Blutung nicht, so wird es rathsamer sein, die Cervix zu dilatiren und digital zu exploriren, als immer erneut wieder auszukratzen auf die Gefahr hin, den Uterus zu perforiren. Mit der Curette oder dem Löffel wird der weniger Geübte oft nicht in die Tubenecken gelangen, ohne eine gewisse Gewalt anzuwenden, die bei einem bereits in Involution befindlichen Uterus mit seiner weniger widerstandsfähigen Wand leicht von den übelsten Folgen begleitet sein kann. In vielen Fällen gibt die Cervixwandung dem dilatirenden Finger ohne Weiteres genügend nach. Ist das nicht der Fall, so dilatire man nicht forcirt, sondern lieber mit Laminaria, eventuell in Combination mit Jodoformgaze; diese Art der Dilatation ist, unter streng antiseptischen Cautelen ausgeführt, durchaus ungefährlich.

5. Im Anschluss daran streift Herr **Thorn** kurz die **Technik des Abortausräumens** und die **Technik der manuellen Lösung der Placenta.**

Bei weniger durchgängigem Cervicalcanal empfiehlt es sich, die vordere Lippe anzuhaken und fixiren zu lassen; das Ueberstreifen des Uterus über den Finger wird dadurch wesentlich erleichtert, zumal bei langer Cervix, auf der das Corpus, wie die Birne am Stiel, nach allen Seiten pendelt. Die digitale Ausräumung sollte häufiger ausgeführt werden, als das geschieht; wenn sie vielleicht auch technisch etwas schwieriger ist, als die Curettage, so ist sie im Allgemeinen doch ungefährlicher, wenigstens beim spätpuerperalen Uterus.

Die manuelle Lösung der Placenta p. part. wird zweifellos viel zu häufig ausgeführt. Sie liefert in Folge dessen und vielleicht auch wegen mangelhafter Technik noch immer das Gros schwerer puerperaler Erkrankungen. Nach Th.'s Erfahrungen aus der consultativen Praxis sind etwa ¾ aller schweren Wochenbettfieber auf manuelle Placentarlösung zurückzuführen. Th. glaubt, dass die jetzt übliche Technik der Verbesserung bedarf. Olshausen hat vorgeschlagen, in denjenigen Fällen, wo eine exacte Desinfection des Operateurs unmöglich, oder wo sie durch die vorhergegangene Berührung der Finger mit septischen Dingen zweifelhaft sei, Handschuhe zu gebrauchen. Th. glaubt, dass dem Praktiker damit noch nicht Genüge gethan ist. Zwei Momente sind es, die den weniger Geübten bei der manuellen Lösung der Placenta oft aus der Fassung bringen; einmal blutet es oft im Moment der Einführung der Hand mächtig, das andere Mal findet sich die ungeübte Hand nicht so leicht im Cavum uteri zurecht. Die Folge ist sehr häufig die stückweise Entfernung der Placenta mit der Gefahr, dass die wiederholt eingeführte Hand aus den äusseren Genitalien Infectionsträger an die Placentarstelle schleppt, die hier die günstigen Resorptionsverhältnisse finden. Die vaginalen Exstirpationen des hochschwangeren resp. frisch puerperalen Uterus lehren, dass das tiefe Herabziehen des angehakten Uterus ziemlich prompt durch Knickung der zuführenden Gefässe die Blutung stillt. Der frisch puerperale Uterus lässt sich im Allgemeinen ohne besondere Kraftanwendung mit dem Orificium externum in den Introitus herabziehen. Will man besondere Vorsicht anwenden, so kann die Anhakung, das Herabziehen und auch das Einführen der Hand im Speculum erfolgen; man benöthigt dazu nur zweier breiter kurzer Platten, die in keinem geburtshilflichen Besteck, der tiefen Cervixrisse und Uterustamponade wegen, fehlen sollten; zur Noth lassen sich auch die Zangenblätter als Specula verwenden. Es genügt aber auch, vordere und hintere Lippe mit kräftigen Muzeux' anzuhaken, herabzuziehen und so fixirt halten zu lassen, während nun die eventuell mit dem Handschuh bewaffnete linke Hand entlang der Nabelschnur eingeht, die rechte von aussen den Uterus fixirt. Diese Technik ist unschwer zu erlernen und dürfte vor der gewöhnlichen Methode einige Vorzüge besitzen.

6. Herr **Thorn** gibt sodann einige statistische Daten zum **Carcinoma uteri.**

Er kann die erfreuliche Mittheilung machen, dass seit seiner Publication auf der Naturforscherversammlung in Braunschweig die Zahl der technisch operablen Fälle bei 106 Uteruscarcinomen unter 4000 neuen gynäkologischen Kranken sich auf 48, d. h. 45 Proc. gegen damals 35 Proc. gehoben hat. Diese Besserung ist in erster Linie der grösseren Aufmerksamkeit der erstconsultirten Aerzte zu danken; auch Winter registrirt in seiner neuesten Publication in der Zeitschr. f. Gyn. diese Thatsache. Von den 48 operablen Fällen waren jedoch 24 unrein, d. h. das Carcinom

war nicht mehr völlig auf den Uterus beschränkt. Doch finden sich unter den 106 Carcinomen immer noch 12, die von den erstconsultirten Aerzten längere Zeit ohne interne Exploration, rein durch interne Medication behandelt wurden. Auch die Hebammen stiften noch immer erheblichen Schaden an. Es besteht die Gefahr, dass dieser Schaden jetzt, wo die Hebammenanstalten bei uns gynäkologische Stationen erhalten, die zur Erweiterung der Kenntnisse der Hebammen auf gynäkologischem Gebiet doch wohl dienen sollen, noch grösser wird. Die kurze Ausbildungszeit genügt für diese Personen kaum zur Erwerbung der nothwendigsten geburtshilflichen Kenntnisse; es ist falsch, ihr Hirn noch mehr zu belasten. Es genügt völlig, sie auf gewisse Symptome gynäkologischer Leiden aufmerksam zu machen, so namentlich auf die Differenzen zwischen einer Blutung durch Abort und derjenigen durch ein Myom oder Carcinom. Im Uebrigen aber sollte man ihnen jegliche gynäkologische Therapie, auch das Einlegen von Pessarien, grundsätzlich verbieten.

Die Gefahr der vaginalen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus ist eine immer geringere geworden. Winter berechnet etwa 5 Proc. Mortalität. Th. hat hier in Magdeburg unter 117 vaginalen Totalexstirpationen carcinomatöser Uteri 3 Todesfälle, davon war einer vorher septisch; Mortalität = 1,7 Proc. Th. operirt fast nur mit der Ligatur, klemmt nur ausnahmsweise und zumeist dann nur provisorisch. Die Resultate quoad Dauerheilung berechnet Winter für Berlin schätzungsweise auf etwa 20 Proc. Th. glaubt, dass das Berliner Material immer noch viel günstiger ist, als das der Provinz und dass wir hier diese 20 Proc. sobald noch nicht erreichen werden. Ueber die Erfolge der abdominalen Totalexstirpation, die in den letzten Jahren wieder mehr in den Vordergrund geschoben wurde, und welche die in vielen Fällen unzulängliche vaginale Operation ersetzen soll, verlautet seit längerer Zeit nichts. Th. glaubt, dass die Fälle von Collumcarcinom, für welche die vaginale Totalexstirpation zur Dauerheilung nicht genügt — von Vergrösserungen des Corpus irgend welcher Art natürlich abgesehen — auch durch die abdominale Operation nicht dauernd geheilt werden. Sunt certi denique fines hier, wie beim Mastdarmcarcinom. Bessere Dauerresultate sind nach Th.'s Meinung lediglich durch die Frühdiagnose, nicht aber durch gewagte Operationsverfahren zu erzielen. Zur Erreichung dieses Zieles sind in erster Linie die praktischen Aerzte berufen, deren grösserer Sorgfalt wir jetzt schon eine sichtbare Besserung verdanken.

Zum Schluss erwähnt Herr Thorn kurz eine aufsehenerregende Arbeit Koblanck's aus der Berliner Frauenklinik, deren Schlussfolgerungen Th. ein sehr starkes Misstrauen entgegenbringt. Er bittet die Mitglieder der Gesellschaft, besonders die in Frage kommenden Specialisten, zur Klarstellung ihr Augenmerk auf die fraglichen Erkrankungen (Masturbation als Ursache der Amenorrhoe, gestörte Sexualfunction als Grund der Menorrhagien, auch der gewöhnlichen fungösen Endometritis, Erkrankungen der Nasenschleimhaut, besonders localisirter Partien am vorderen Ende der unteren Muschel und an der gegenüberliegenden Stelle des Septums als Urheber der Dysmenorrhoe) richten und bei Gelegenheit darüber berichten zu wollen. Was Th. besonders stutzig macht, ist eine Angabe Koblanck's, dass sich seine Amenorrhoischen, der Masturbation Fröhnenden, zwischen dem 15. und 37. Lebensjahr befanden. Vorübergehende Amenorrhoe finden wir als Begleiterscheinung der Chlorose in einer so grosen Zahl von Fällen, wo sicher nicht masturbirt wird, dass alle Fälle diesseits des 20. Lebensjahres, so häufig auch die Masturbation hier zweifellos vorkommt, doch bei der Bewerthung jener aetiologischen Momente ausser Rechnung bleiben müssten. Nebenbei bemerkt noch Th., dass die Hoffnung Koblanck's, bei der gewöhnlichen hyperplasirenden Endometritis dürften auf Grund seiner Forschungen radicale Eingriffe überflüssig werden, wohl allzu optimistisch sei; noch vor Kurzem wurde eine Sterbende in Th.'s Klinik gebracht, die nur an den endometritischen Blutungen in Folge durchaus gutartiger Hyperplasien zu Grunde ging. Sie war wiederholt nur mit kurz dauerndem Effect curettirt worden; die rechtzeitige Uterusexstirpation hätte sie sicher gerettet.

Discussion: Herr Biermer möchte den Bemerkungen Thorn's zur Verbesserung der Technik der manuellen Placentarlösung noch einige Worte zur Einschränkung der Indicationsstellung bei dieser folgeschwersten geburtshilflichen Operation im Kreise der Praktiker hinzufügen. Geradezu Ueberraschendes leistet hier die Narkose. Hat man in der Nachgeburtsperiode die erlaubte resp. die gebotene Zeit gewartet, so versuche man vor jedem intrauterinen Vorgehen das Credé'sche Expressionsverfahren in Narkose. In den meisten Fällen wird man so zum Ziele kommen, besonders wenn die Wöchnerin durch lange Geburtsarbeit angegriffen oder durch zu frühzeitige Expressionsversuche gequält und geängstigt ist. Zu dem Vorschlage Thorn's, durch Einführung passender Specula sich den Zugang zum Uterus bequemer und keimfreier zu machen, bemerkt Biermer, dass er dieses Verfahren in praxi für undurchführbar und auch für entbehrlich hält.

Herr Kretschmann: Den Mittheilungen, dass Menstruationsanomalien durch Behandlung des Naseninnern, insbesondere der Schwellkörper der Muscheln, günstig beeinflusst werden könnten, wie sie speciell Fliess und jetzt wieder Koblanck gemacht haben, stehe er einigermaassen skeptisch gegenüber. Im Anfang der 80er Jahre kam die Lehre auf, dass zahllose Reflexerkrankungen, von der Nase ausgehend, durch nasale Behandlung geheilt werden könnten; von den daran geknüpften stolzen Erwartungen sei herzlich wenig übrig geblieben. Auch im Kapitel: „vicariirende Blutungen" scheine ihm stark übertrieben zu werden. K. erinnere sich aus seiner Praxis keines einzigen Falles, der als einwandsfrei hätte gelten können; auf jeden Fall sei die rein vicariirende Blutung, wo also keine sonstige, Blutung bedingende Veränderung in der Nase nachgewiesen werden könnte, etwas äusserst Seltenes.

Herr Brennecke betont, dass die Mehrzahl der Störungen im Mechanismus der Nachgeburtsperiode wohl seitens des geburtshilflichen Personals durch unzweckmässige und vorzeitige Expressionsversuche verschuldet werden. Es sei dringend wünschenswerth, dass Aerzte wie Hebammen sich viel mehr als bisher in Geduld übten und abwartend nach den Vorschriften Ahlfeld's die Nachgeburtsperiode zu leiten lernten. Dann würden beunruhigende Blutungen nur noch verschwindend selten zu manuellen Eingriffen Anlass geben.

Entgegen der Ansicht Kretschmann's glaubt Brennecke, dass an dem Vorkommen der Epistaxis als einer vicariirenden Menstruation auch bei völlig gesunder Nasenschleimhaut nicht zu zweifeln sei. Er habe unter anderem bei einer kräftigen Frau, die nie zuvor an Nasenblutungen gelitten hatte, nach vaginaler Totalexstirpation des Uterus unter Zurücklassung der Ovarien zur Zeit des nächsten Menstruationstermins gleichzeitig mit lebhaftem Herzklopfen und fliegender Hitze eine einmalige stürmische Epistaxis auftreten sehen. Aehnliche Vorkommnisse sind nicht vereinzelt und dürften doch ziemlich beweisend für den menstrualen Charakter der Blutung sein.

Herr Thorn stimmt den Ausführungen der Vorredner in allen wesentlichen Punkten zu, er glaubt nur weiter nicht darauf eingehen zu dürfen, da er nicht zur Indication, sondern zur Technik der manuellen Lösung der Placenta gesprochen hat. Nur einige Behauptungen des Herrn Dahlmann glaubt er zurückweisen zu müssen, die darin gipfeln, dass man gynäkologische Techniken nicht in die Geburtshilfe übertragen dürfe und weiter, dass, wenn die Placenta nach ½ Stunde nicht durch den Credé zu entfernen sei, dies auch später in der Regel nicht möglich wäre; zumal das letztere sei absolut unzutreffend. Die Versorgung tiefgehender Cervixrisse, die Tamponade des atonischen Uterus, die tiefen Incisionen der Cervix sollten nicht anders, als nach gynäkologischer Manier ausgeführt werden. Den grossen Uebelständen, welche der jetzt gebräuchlichen Art der manuellen Lösung der Placenta anhaften, muss abgeholfen werden; ob der von Th. angedeutete Weg dazu führen wird, muss die Praxis ergeben. Darüber herrscht kein Zweifel, dass die manuelle Lösung viel zu häufig gemacht wird, ebensowenig darüber, dass sie eine der gefährlichsten geburtshilflichen Operationen ist.

Herr Thorn freut sich, zu hören, dass Herr Kretschmann der gleichen Skepsis bezüglich der Fliess'schen Mittheilungen huldigt; bezüglich vicariirender Blutungen steht Th. allerdings mehr auf dem Standpunkt des Herrn Brennecke.

Sodann demonstrirt Herr **R. Hager** ein Instrument zur Verhütung der Schwangerschaft, das hier in der Gegend sehr viel gebraucht wird.

Discussion: Anschliessend an diese Mittheilung macht Herr Brennecke darauf aufmerksam, dass in Magdeburg und den umliegenden Ortschaften höchst fragwürdige Personen ihr Unwesen treiben und seit einigen Jahren die Kunst, den Eintritt einer Conception zu verhindern, eifrig propagiren. Aus glaubwürdiger Quelle habe er erfahren, dass in einem nahegelegenen Dorfe seit ca. 3 bis 4 Jahren eine auffallende und dauernde, bis zu 40 Proc. betragende Herabminderung der jährlichen Geburten in die Erscheinung getreten sei und zwar in directem Anschluss an die „Kunstreise" eines in dortiger Gegend vorübergehend hausirenden Ehepaares. Auch in Magdeburg sollen derartige Künstler thätig sein. Ob und wie dem Unfug zu steuern, möge dahingestellt bleiben. Jedenfalls sei die unserem Volke daraus drohende Gefahr nicht zu unterschätzen und erfordere die Sache unsere vollste Aufmerksamkeit und entschiedene Abwehr.

Zum Schluss berichtet Herr **Dahlmann** über eine von ihm mit gutem Erfolge ausgeführte **Sectio caesarea** bei einer 43 jähr. Frau.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. September 1900.

Herr **Barabo** demonstrirt das Leichenpräparat einer **ulcerösen Endocarditis** am äusseren Zipfel der Aortenklappe.

Kurze Mittheilung der Krankengeschichte:

Pat., ein 47 jähriger Kaufmann, hat im Laufe der letzten 12 Jahre wiederholt schwere Gallensteinkoliken überstanden, bei der letzten 2 monatlichen Erkrankung waren 15 Steinchen abgegangen. In den letzten Lebenswochen fast täglich heftige Schüttelfröste mit hohem Fieber und den Erscheinungen schwerer Endocarditis. Tod durch Herzparalyse.

Sectionsbefund ergibt: Pleuritis adhaes. dupl., Lungenoedem, Hypertrophie und Dilatation beider Ventrikel; kleinhaselnussgrosser Abscess im Muskelfleisch des l. Ventrikels; fast taubeneigrosse, warzige Auflagerung auf dem äusseren Zipfel der Aortenklappe; Stauungsmilz und -Nieren; auffallend langer, gedrehter Wurmfortsatz.

Die Entstehung der endocarditischen und myocarditischen Affection sieht B. als Folgen der in Gallenblase und Leber vorhandenen entzündlichen Affectionen an, von welchen die Infection ausging.

Herr **Barabo** demonstrirt weiter ein Präparat von ausgedehnter **Verwachsung der Placenta mit dem Schädel der Frucht** bei gleichzeitiger Exencephalie.

Das Präparat stammt von einer 20 jährigen I. Para und wurde am normalen Schwangerschaftsende ohne jegliche Assistenz, auch einer Hebamme, in Fusslage ausgestossen. Nachblutung oder Wochenbettsstörungen traten nicht ein. Die ausführliche Beschreibung und Abbildung des Präparates wird in den Monatsheften für Geburtshilfe und Gynäkologie erscheinen.

Herr **Joh. Merkel: Ueber Appendicitisoperationen.**

Vortragender berichtet eingehend über die diesbezüglichen Verhandlungen des internationalen medicinischen Congresses zu Paris und schliesst sich insbesondere den von Roux aufgestellten Indicationen bezüglich der Operation an.

1) Abscesse sollen, wo und wann sie nachweisbar sind, eröffnet werden müssen; die Appendix ist nur dann wegzunehmen, wenn dies ohne Mühe und ohne Lösung von Adhaesionen möglich ist. (Operation à chaude.)

2) Nach 48 Stunden bei gutem Puls und Kräftezustand keine Frühoperation mehr.

3) Nach 10 Tagen, wenn keine Resorption eintritt, bei kleinem, rapidem Puls und Adynamie Spätoperation (à froid).

4) Nach dem 1. Anfall Spätoperation, ebenso nach mehreren Anfällen.

5) Bei Perforation keine Operation mehr.

6) Schwangerschaft ist keine Contraindication der Operation.

Herr **Hintner** demonstrirt ein unter schwierigen Verhältnissen aus dem Rachen eines Kindes entferntes **Trompetenmundstück.**

Herr **Flatau** spricht über einen Fall von **mechanischem Ileus**, veranlasst durch ein 12 Pfund schweres telangiektatisches Myom des Uterus mit Stieldrehung.

Das demonstrirte Präparat entstammt einer 40 jähr. I. Para, die mit acuten peritonitischen Erscheinungen, fiebernd, Erbrechen in die Klinik eingeliefert worden war. Nach Oeffnung der Bauchhöhle zeigte es sich, dass der doppeltmannskopfgrosse Tumor durch einen ca. 4 cm langen Stiel mit dem rechten Uterushorn zusammenhing und dass die Torsion so weit vorgeschritten war, dass der etwa fingerdicke Stiel in $\frac{3}{4}$ seines Durchmessers abgedreht war. Zwischen Tumor und Beckeneingang ist eine Dünndarmschlinge so fest eingeklemmt, dass eine typische Schnürfurche entstanden ist. Trotz der enormen Stauung und der beträchtlichen Ernährungsstörung erscheint die abgeklemmte Schlinge noch functionsfähig, wesshalb von der beabsichtigten Resection Abstand genommen wird. Die Abtragung des gestielten Myoms selbst war sehr leicht. Genesung.

Herr **Flatau** bespricht ferner einen Fall von **Gravidität im Klimakterium.**

Die 53 jährige Patientin, welche 4 mal, vor 10 Jahren zum letzten Mal, geboren hat, war seit $1\frac{1}{4}$ Jahren menostatisch und klagte seit 2 Wochen über Blutungen und leicht übelriechenden Fluor. Die Palpation ergibt einen deutlich vergrösserten Uterus, die Inspection zeigt nichts Abnormes, während die Sonde auf Rauhigkeiten und Widerstand stösst. Der ganze Befund zwang zu der Diagnose: Verdacht auf maligne Neubildung im Corpus. Zum Zwecke einer mikroskopisch-diagnostischen Ausschabung wird ein Laminariastift eingelegt und als dieser nach 24 Stunden entfernt wird, quillt hinter ihm eine gut erhaltene, leicht in Fäulniss übergegangene Mole heraus. Der Fall bietet nicht nur ein Beispiel dafür, dass man die Möglichkeit einer Schwangerschaft auch bei ganz alten Frauen stets im Auge behalten soll, sondern ist auch ein Beweis für die Unabhängigkeit der Ovulation von der menstruellen Blutausscheidung.

Herr **Flatau** demonstrirt ferner einen vaginal exstirpirten **Uterus** mit einem **verjauchten Myosarkom.**

Die 40 jährige Kranke war wegen Fiebers und einer zerfallenden, aus dem Uterus herausquellenden Masse als Abortirende behandelt worden; der behandelnde Arzt wurde jedoch beim Versuch des Ausräumens stutzig und überbrachte dem Vortragenden einige Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung. Dieselbe ergab Myom mit sarkomatöser Degeneration. Trotz der schon bestehenden Allgemeininfection wurde in Anbetracht der Bösartigkeit des Tumors beschlossen, durch Exstirpation des Uterus und die Elimination des septischen Herdes einen Versuch zur Rettung der Kranken zu machen. Es fiel auch thatsächlich post hysterektomiam die Temperatur kräftig ab und das Allgemeinbefinden wurde besser, doch hielt die Besserung nicht lange an und nach 8 Tagen ging die Kranke an ihrer Septikaemie zu Grunde.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 14. December 1900.

Myositis ossificans traumatica. — Ihr Zusammenhang mit Nervenkrankheiten. — Auscultation des normalen und pathologischen Muskeltones bezw. Muskelgeräusches. — Diagnostische Irrthümer bei der Röntgenuntersuchung. — Behandlung der Alopecia areata.

Im Wiener medicinischen Club stellte jüngst Dr. Grünbaum einen Fall von Myositis ossificans traumatica vor, welcher im Institute für Mechanotherapie der DDr. Bum und Herz zur Beobachtung gelangte. Ein 54 jähr. Maschinenheizer wurde durch ein schweres, aus der Höhe von 4—5 Metern herabfallendes Brett am rechten Oberschenkel verletzt. Daselbst waren bloss mässige Schwellung und eine kleine Hautwunde zu constatiren. Als er aber seine Arbeit fortsetzte, traten stärkere Anschwellung, bläuliche und grünlich-gelbe Verfärbungen am Oberschenkel auf, wozu sich bald eine Steifigkeit im Kniegelenk hinzugesellte. Nach ca. 3 Wochen bemerkte er selbst eine „Verhärtung" der Geschwulst, welche in den nächsten Tagen noch zunahm. Spitalseintritt. Dort wird im mittleren Drittel des Oberschenkels eine 20 cm lange, 7 cm breite und 2—$2\frac{1}{2}$ cm hohe Geschwulst, innerhalb der Streckermusculatur gelegen, und von knochenharter Consistenz, an der Oberfläche rauh, höckerig, auf Druck etwas schmerzhaft gefunden. Diagnose: Myositis ossificans traumatica im r. Quadriceps femoris. (Demonstration eines Röntgenbildes, welches zeigt, dass die Knochenneubildung bloss in der Musculatur sitzt.) Operation wird verweigert, keine wesentliche Veränderung durch Massage und Gymnastik.

Vortragender bespricht noch die Pathologie und Genese dieser seltenen Erkrankung, welche er nicht auf entzündliche Vorgänge, sondern auf wahre Geschwulstbildung im Muskel zurückführen möchte. Die Prognose ist günstig zu stellen, in therapeutischer Hinsicht käme die operative Entfernung der Geschwulst in Betracht.

Dr. R. Kienböck zeigt das Radiogramm eines zweiten ähnlichen Falles. Distorsion im Ellenbogengelenke. Trotz entsprechender Behandlung eingeschränkte Beugung, an der Beugeseite des Gelenkes ein knochenharter Körper zu fühlen, der — wie die Röntgenuntersuchung zeigt — wallnussgross ist und mit dem Periost des Humerus in breiter Verbindung steht. Courtin hat einen fast identischen Fall als „Exostose ostéogénique" beschrieben und abgebildet und den knorpeligen, nur oberflächlich verknöcherten Körper exstirpirt. K. schliesst sich der Annahme Courtin's an, dass es sich hier wahrscheinlich um ein angeborenes Enchondrom handle, welches durch das Trauma zur Wucherung angeregt wurde.

Bei diesem Anlasse weist Docent Dr. Hermann Schlesinger darauf hin, dass man bei bestimmten Nervenkrankheiten so oft locale Affectionen von Muskeln beobachte, so bei Tabes und der centralen Gliose. Man müsse da an einen ursächlichen Zusammenhang der nervösen Affection mit der Knochenneubildung denken. Er selbst habe mehrere solche Fälle beobachtet, so zwei Fälle von Syringomyelie mit Verknöcherung einzelner Muskeln an den oberen Extremitäten. Guesda hat ebenfalls einen solchen Fall publicirt, der zur Obduction gelangte. Auch bei Tabikern ist eine solche Myositis ossificans gefunden worden, wie auch in anderen Fällen, wo bei nervösen Individuen öfter ein Trauma als der Entstehung des Leidens unmittelbar vorhergehend angegeben wird. Schliesslich theilt Sch. den Fall eines 4 jährigen Mädchens mit, bei welchem sich erst lange Zeit nach der Geburt eine Steifigkeit in der Kopfhaltung zeigte, als deren Ursache später deutliche Verknöcherungen der Muskeln erkannt wurde. Die Affection machte rasch weitere Fortschritte.

In der Gesellschaft der Aerzte erstattete Docent Dr. Max Herz eine vorläufige Mittheilung über die **Auscultation des normalen und pathologischen Muskeltones bezw. Muskel-**

geräusches. Der Muskelton ist eigentlich ein Geräusch wie der erste Herzton. Er hat die gleiche Intensität und eine ähnliche Klangfärbung wie jener. Der Muskelton ist an jedem sich contrahirendem Muskel durch das Stethoskop und mit unbewaffnetem Ohre deutlich wahrnehmbar. Vortragender auscultirt nur tonische Contractionen und empfiehlt folgende einfache Methoden: 1. Man lässt den Patienten auf den Fusspitzen stehen und auscultirt an der Wade. 2. Man legt über die Schulter des Kranken ein Handtuch, dessen Enden derselbe mit den Händen fasst. Wenn er sodann im Sinne einer Streckung des Ellenbogengelenkes an dem Tuche zieht, hört man auf der Streckseite des Oberarmes einen sehr starken Muskelton. Dieser ist in beiden Fällen normaler Weise so laut, dass es nicht nöthig ist, an dem blossen Körper zu auscultiren. Der Muskelton kann laut und leise, voll und leer, hoch und tief sein. Er kann sich auch in ein schabendes Geräusch verwandeln.

Die normale oder pathologische Beschaffenheit des Muskeltones lasse weitgehende Schlüsse zu auf den Zustand des untersuchten Muskels, der Musculatur im Allgemeinen, bezw. den Allgemeinzustand des Individuums, ferner auf die Functionen des Centralnervensystems, von welchem aus, wie V. Stern nachgewiesen hat, beim Thiere der musikalische Charakter des Tones beeinflusst werden kann. Desshalb möchte Herz künftig in keinem genauen physikalischen Status Angaben über den Muskelton vermissen. Vortragender regt zunächst die Bearbeitung folgender Themen an: Verhalten des Muskeltones bei vorhandenen accidentellen Geräuschen am Herzen bei constitutionellen Erkrankungen (Anaemie, Chlorose, Diabetes etc.), im Fieber, besonders während eines Schüttelfrostes, bei der Tabes, Neurasthenie, Hysterie und anderen Krankheiten des Nervensystemes, ferner in paretischen oder unfreiwillig contrahirten Muskeln, schliesslich vor und nach verschiedenen therapeutischen Eingriffen.

Als einen Beweis dafür, dass das Studium des Muskeltones nicht nur zur Bereicherung der Symptomatologie einer Krankheit, sondern auch zur genaueren Erforschung ihres eventuell noch unbekannten Wesens führen kann, bespricht Herz die Verhältnisse beim Morbus Thomsen. Bei dieser Krankheit kann jeder Skeletmuskel einmal leicht contrahirt werden, leistet aber einer folgenden Bewegung einen bedeutenden Widerstand, indem er von seinen Antagonisten gewaltsam gedehnt werden muss. Nach einigen Contractionen wird jedoch seine Function vollständig normal. Ist die Krankheit centralen Ursprunges, wie die Einen wollen, dann ist das Verharren des Muskels im gespannten Zustande einem Tetanus gleich, d. h. der Muskelton muss laut hörbar sein; liegt hingegen die Ursache in den einzelnen Muskelfibrillen, wie Andere behaupten, dann muss dieselbe nach erfolgter erster Contraction in dem durch diese erzeugten neuen Zustand von Verkürzung verharren, ohne seine für die normale Contraction charakteristischen Schwingungen auszuführen, welche eben die Ursache des Muskeltones sind, d. h. es muss dann der Muskelton fehlen. Das letztere ist in Wirklichkeit der Fall. Bei der Thomsen'schen Krankheit hört man am ausgeruhten Muskel im Beginne der Contraction nichts. In dem athletischen, mächtig contrahirten Muskel, in welchem es dröhnen sollte, ist es todtenstill, nur ein besonders geschultes Ohr hört wie aus weitester Ferne die leise Andeutung eines Muskelgeräusches. Hält man das Ohr weiter an der Wade des auf den Fusspitzen stehenden Kranken, dann hört man den Muskelton allmählich auftauchen und bis zur normalen Stärke sich erheben. Dann sind aber auch die anderen Functionen des Muskels bereits wieder normal.

Dr. Holzknecht zeigt sodann eine ganze Reihe von Radiogrammen, um den Nachweis zu liefern, dass man auch bei dieser Methode diagnostische Irrthümer begehen könne. So konnte im ersten Falle nach 8 Monaten das Vorhandensein eines künstlichen Gebisses im Oesophagus erst bei schräger Durchleuchtung constatirt werden, während eine von anderer Seite früher vorgenommene röntgenologische Untersuchung den Fremdkörper nicht gefunden habe. Dr. Beck in New-York hat schon darauf aufmerksam gemacht und H. kann es durch ein Radiogramm bestätigen, dass eine schräg von hinten oben nach vorne unten verlaufende Fractur im unteren Drittel der Tibia ohne Dislocation erst bei Durchleuchtung in frontaler Richtung erkannt wird. Ein Os intermedium tarsi ist vielfach für ein abgesprengtes Stück des hinteren Talusendes gehalten worden. Fünf verschluckte Silbergulden erschienen bei der Durchleuchtung als ein einziger, kreisrunder, dunkler Fleck, weil sie sich eben im Darme zu einer Rolle zusammengelegt hatten.

Ferner stellt Dr. H. einen mit Alopecia areata behafteten jungen Mann vor, bei welchem vorerst mittels kräftigen Röntgenlichtes eine fast vollständige Enthaarung vorgenommen wurde. Nun wird gewartet werden, ob und in welchem Umfange die Regeneration der Haare wieder eintritt und der Fall seinerzeit nochmals vorgestellt werden.

Auch Dr. L. Freund stellt einen Fall von Alopecia areata aus Dr. E. Schiff's Institut für Radiotherapie vor. In Folge Einwirkung dieses Lichtes zeigt sich auf allen kahlen Stellen theils ein blonder Lanugoflaum, theils ist schon dickeres schwarzes Haar sichtbar. Diese Methode will einen congestiven Affluxus des Blutes zu den Haarpapillen herbeiführen, in ähnlicher Weise, wie man früher derlei Stellen durch Application irritirender Substanzen (Tinct. aconiti, veratri, cantharidum) mit Erfolg behandelt hat. Der wirkliche Werth des Verfahrens wird sich aber erst dann feststellen lassen, wenn ein zureichendes Versuchsmaterial zur Verfügung war.

Reisebriefe aus Ostasien.

Von Oberarzt Dr. Georg Mayer (Würzburg).

I.

Taku, 21. October 1900.

Ueber die Temperaturen auf tropischen und subtropischen Meeren, ebenso über die in den Räumen eines grossen, modernen Seedampfers erfährt man im Allgemeinen im Inlande nicht viel. Es dürfte daher Manchen interessiren, während einer Fahrt nach China an Bord der „Palatia“ angefertigte, fortlaufende Reihen von Temperaturangaben vorgeführt zu erhalten.

(Temperaturangaben siehe nächste Seite.)

Noch im Suezcanal war, grossentheils wegen des seitlich oder von vorne kommenden Windes (Windstärke 3—4), die Temperatur auf Sturm- und Promenadedeck nicht zu lästig, die Transpiration gering. Der uns gewohnte bedeutende Unterschied zwischen Tag- und Nachtwärme schwand schon im Mittelmeer. In Cajüten und Cabinen war durch die Thätigkeit der elektrischen Ventilatoren der Aufenthalt auch Nachts gut möglich. Die auch sonst sehr wohnlichen Deckräume der Mannschaft wurden durch Windrohre, Windsäcke und elektrische Ventilatoren gelüftet. Trotzdem musste bei einer Belegung von allerdings rund 1900 Mann vom 3. September an das Schlafen auf Sturmdeck (Platz für 900) gestattet werden. Dabei stieg in den Decks die Temperatur, auch Nachts, nie so hoch, als man zunächst erwarten möchte, in dem der Wasserfläche nächstgelegenen Zwischendeck war sie gleich oder sogar niedriger wie in den Oberräumen. Das Wasser hatte schon jetzt in 4 m Tiefe eine höhere und stetigere Wärme wie an der Oberfläche (bekanntlich bei grösseren erwärmten Tiefen zusammenhängend mit dem nur die Oberfläche abkühlenden Wellen- und Windgang).

Mit der Einfahrt in den Golf von Suez wurde die Hitze sehr drückend, namentlich auch durch die überhaupt von nun an ungünstige, von hinten kommende Windrichtung, die, sich mit dem durch die Fahrt erzeugten Winde ausgleichend, nur an einigen Stellen des Hinterschiffes geringe Luftbewegung bewirkte. Die nun hochgradige Hauttranspiration steigerte sich sehr hoch beim Betreten der Räume unter Deck und erlaubte (erhöht durch die beim Europäer in den subtropischen und tropischen Gegenden einsetzende nächtliche Blutdrucksteigerung) nur einen kurzen, ungenügenden Schlaf. Es traten theilweise heftige Durchfälle, die als „rother Hund“ bekannte Hautaffection, ausserdem zahlreiche Furunkel auf. Gefährlich wurde die Temperatur am Abend und in der Nacht des 15. September, sich äussernd durch 4 schwere und 2 leichtere Hitzschläge, denen folgenden Morgens noch 2 ganz leichte Fälle folgten. Sämmtliche Betroffene waren Alkoholiker, die 4 schweren Fälle hatten kurz vorher einen starken Alkoholexcess begangen, 2 davon (Stewards) Schnapstrinker, starben nach 6, bezw. 5 Stunden, trotz sofortiger energischer Hilfe, die anderen (Mannschaften) kamen durch.

Mit dem Passiren der Enge von Perim erschien ein kräftiger, Anfangs heisser, später kühler Wind von vorne, im Meere fand

Datum	Haupt-Windrichtung	Witterung	Meeresgegend Mittags	Meeresgegend Nachts	Lufttemperatur in Celsiusgraden*): Promenadedeck im Schatten Mtg.	Promenadedeck im Schatten Ncht.	Maschin.-Raum Mtg.	Maschin.-Raum Ncht	Heiz-Raum Mtg.	Heiz-Raum Ncht.	Oberdeck Mtg.	Oberdeck Ncht.	Hauptdeck Mtg.	Hauptdeck Ncht.	Zwisch.-deck Mtg.	Zwisch.-deck Ncht.	Wassertemperatur*): Oberfläche Mtg.	Oberfläche Ncht.	Tiefe von 4 m Mtg	Tiefe von 4 m Ncht.
1. IX.	SW.	bedeckt	Engl. Kanal	Kanal	16,5	16	39	38	40	41	17	19	18	21	18	20	16,5	16	16	15,5
2. „	SW.	„	Kanal	Golf von Biscaya	16	16	42	42	43	43	18	21,5	18,5	22	19,5	22	15	18	16	17
3. „	NO.	klar	Golf von Biscaya	Atlant. Ocean	21	18	43	41	43	43	23	25	23	25	24	25	19	18	18	18
4. „	NO.	„	Cap Roca	dto	22,5	20	43	42	43,5	43	25	26	25,5	27	25	26	18	20	18	20
5. „	O.	„	Gibraltar	Mittelmeer	21	22,5	45	45	46	46	25	27	25	27	25	27	19	22	21	22
6. „	NO.	„	Mittelmeer	dto.	24	24	45	45	46,5	46	27	29	27	29	26,8	28	23	24	24	24,5
7. „	O.	„	dto.	dto.	24	24	45	45	46,5	46,5	26,5	29	27	30	26,5	29,5	24	24	24	24
8. „	S.	bewölkt	Malta	dto.	24,5	24	48	47	48	48	27	30	27	30	27	30	24,5	24	25	25
9. „	NW.	klar	Mittelmeer	dto.	25	24	47	46,5	48	48	28,2	30	28,5	31	28	31	25	24	26	26
10. „	NW.	„	dto.	dto.	25	23	48	46	49	48	28	31	28	31	27,5	31	25	25	26	26
11. „	N.	bewölkt	Port-Said	Ismailije	24	24	45	45	46	47	28	31	28,5	31	29	31	24	26	27	26,5
12. „	N.	klar	Kanal vor Suez	Golf von Suez	31	27	47	48	49	52	34	34,5	34	36	35,5	37	26	26	27	27
13 „	NNW	„	Rothes Meer	dto.	32	29	49	50	54	54	35,5	37	36	37	36,5	38	28	29	29	29
14. „	NNW.	bedeckt	dto.	dto.	35	31	52	53	55	56	39	40,2	39	40	39,5	41	30	31	31	32
15. „	NNW.	leicht bedeckt	dto.	dto.	**38**	**32**	**53**	**52**	**57**	**57**	**43**	**44,5**	**43**	**45**	**44,5**	**45**	**33**	**32**	**34**	**35**
16. „	S. ONO. OSO.	bewölkt (Nachts böig)	Str. von Bab el Mandeb	Golf von Aden	32	29	46	46	54	52	42	41	42	41	43	41,5	32	22	32	29
17 „	SW.	klar	Golf von Aden	dto.	33	30	45	45	48	48	39	40	39	40	41	41	30	30	29	29
18. „	SSO.	„	Socotra	Arabisches Meer	28	25	45	44	50	50	33	33	33	33	34	34,5	28	24	27	26
19. „	SW.	bedeckt	Arabisches Meer	dto.	27	25	45	44,5	48	49	31	31	31	31	31,5	32	25	25	25	25
20. „	SW,	leicht bewölkt	dto.	dto.	27	26	45	45	50	49,5	31	31	31	31	32	32	26	26	26	26
21. „	SO., O.	klar	dto.	dto.	28	26	48	48	50	50	31	31,5	31	32	31	32	27	26	27	27
22. „	NO., N.	leicht bedeckt	Insel Minicoi	Indischer Ocean	30	26	48	48	50	50	33	33	33	33	35,5	35	27	26	27	27
23. „	NW., W	„	Golf von Manar	Rhede von Colombo	28	27	48	47,5	51	51	31	31	31	31	32	31	25	27	26	27,5
24. „	S.	klar	Haf. v. Colombo	dto.	27	26	47	46	50	50	30	30	30,5	30	32	31,5	27	26	27	27
25. „	SW.	„	Golf v. Bengalen	Golf v. Bengalen	29	27	47	47	49	49	31	32	31	31,5	31,5	32	27	27	27	27
26. „	SW.	stark bewölkt	dto.	dto.	27,5	26	48	48	50	50	30	32	30	32	31	32,3	27	27	27	27
27. „	NW.	„	Str von Malacca	Str. von Malacca	27	26	48	48	51	51	30	32	30	32	30	32,5	27	27	27	27
28. „	NW.	bedeckt (Nachts Gewitter)	dto	dto.	27	25	48	47	50	50	30	29	30	29	29,5	29	27	28	28	28
29. „	O.	regnerisch	dto.	dto.	28	27	48	48	52	52	31	33	31	33	31	33,5	29	28	29	29
30. „	O	leicht bedeckt	dto.	Rhede v. Singapore	29,5	29	48	48	50	50	32	33	32	33	33	34,5	29	28	29	29
1. X.	SO.	klar	Haf. v. Singapore	Hafen v. Singapore	30	29	48	48	50	50	32	33,5	32	33,5	32	34	29	28	29	29
2. „	O.	bedeckt, leichte Regen	dto.	dto.	29	28	48	48	50	50	32	33	32	33	33	34,5	29	28	29	29
3. „	OSO.	bewölkt	dto.	Südchines. Meer	29	28	46	46	49	49	31,5	33	31,5	33	32	34	28	28	29	29
4. „	SO.	„	Südchines. Meer	dto.	30	29	47	46	49	49	33	35	33	35	34,5	36	28	28	29	29
5. „	NNW.	„	dto.	dto.	29	28	48	47,5	50	50	32	33	32	33,5	33	34,5	28	27	28	28
6. „	N.	„	dto.	dto.	29	26	44	43	48	47	32	33,5	32,5	33,5	33	34,7	27	26	27	26,5
7. „	NO.	leicht bewölkt	dto.	dto.	28	25	40	39	43	43	31,5	33	32	33	32	34,5	27	26	27	26
8. „	ONO	böig	dto.	dto.	26	26	37	37	39	38,5	31	33	31	33,2	31	34	26	26	27	26,5
9. „	NO.	leicht bedeckt	Str. von Formosa	Str. von Formosa	27	22	42	40	44	43	31	25	31	25	31,5	26	26	24	26	25
10. „	NO.	bedeckt	Ostchines Meer	Ostchines. Meer	23	20	39	38,2	41	41	25,5	23	26	23	26	23,5	24	21	25	22,5
11 „	NW.	„	Wusong-Mündg	Wusong-Mündg.	19	18	32	32	34	34	23	25	23	25	23	25,5	20	20	22	20
12. „	ONO.	leicht bewölkt	dto	dto.	20	19	39	37	42	42	22	25	22	25	22	25	20	20	21	20,5
13. „	NO.	klar	Gelbes Meer	Rhede v. Tsintau	22	18	38	35	41	40	24,5	23	24,5	23	26	23,5	20	19,5	21	20
14 „	ONO.	leicht bewölkt	Rhede v. Tsintau	dto.	19	13	34	32	37	36	22,5	20	22,5	20	23	21	19	18	20	19
15. „	NW.	„	Str von Tschili	Golf von Tschili	14	10,5	33	32	34,5	34	19	21	19	21	19	21	18	14	19	16
16 „	SW.	„	Rhede von Taku	Rhede von Taku	12	9	36	33	39	37,5	17	19	18	20,5	18	20	14	13	15	14
17. „	S.	regnerisch	dto.	dto.	10	6	29	27	30	30	14	15,5	14	15,5	14	16	13	12	14	14

*) Die Temperaturzahlen sind das Mittel aus 3—4 stündigen Messungen an verschiedenen Orten und entstammen theilweise den Schiffspapieren.

sich eine kalte Strömung von 18° C. niedrigster, gemessener Temperatur.

Von nun an war bis Singapore bei vorherrschendem Seitenwind (SW-Monsun) die Wärme, wenn auch durch die noch immer starke Hauttranspiration lästig, so doch erträglich, allerdings unter mehrmaligem täglichen Baden und Waschen. — Angenehme und unschädliche Getränke waren, in Eis gekühlt, Kaffee, Thee, Cacao. Zuckerwasser, kohlensaure Wässer, Limonaden, speciell Eislimonaden, hatten abführende Wirkung. Schon geringe Mengen alkoholischer Getränke brachten bei sonst Abstinenten einen sofortigen heftigen Schweissausbruch, verminderten Appetit, Harndrang, unruhigen Schlaf hervor, die verschiedenen Alkoholiker fielen durch ihre gerötheten Gesichter auf, gegenüber den blassen der Mässigen.

Die ersten 3 Tage im südchinesischen Meer waren bei theilweise längeren Windstillen wieder fast ebenso drückend, wie im rothen Meer. Vom 6. October an setzte, immer stärker wehend, der NO-Monsun der kälteren Jahreszeit ein. Die Strasse von Formosa bildete scharf die Grenze zwischen wärmerer und kühlerer Temperatur, am 10. October Morgens, bei 21° C., hatten wir, verwöhnt, das directe Gefühl herbstlicher Kühle und zogen wärmere Kleider an! Schon seit dem 8. October schlief Niemand mehr auf Deck. Die Temperatur sank, je nördlicher wir kamen, desto rascher, namentlich Nachts; am 20. October hatten wir Morgens 7 Uhr + 3° C., die Nacht vorher + 2° C. bei heftigem N-Wind, also seit 9. October, oder in 11 Tagen, einen Unterschied von 24° C.

Im Maschinenraum war die höchste beobachtete Temperatur 54°, im Heizraum 58°; die höhere, aber trockene Hitze des letzteren wurde weniger schwer empfunden wie die strahlende Wärme in dem wasserdampfgesättigten Maschinenraum; die Heizer und Trimmer sahen nicht so mitgenommen aus am Ende der Fahrt wie die Maschinisten, die Arbeitsfähigkeit der ersteren war im rothen Meer ziemlich erheblich, von da bis zur Formosastrasse mässig eingeschränkt; hitzschlagähnliche Zustände kamen nicht vor; die Meisten hatten beschleunigten Puls (83—90), mehrere zeigten irreguläre Herzthätigkeit: plötzliches Rasch- und Weichwerden des Pulses, verstärkte Herztöne, hebender Spitzenstoss, Dauer einige Minuten.

Die Temperatur am Land war in Port-Said erträglich, man konnte promeniren: in Colombo, namentlich Nachmittags, drückend heiss, ohne jede Bewegung rann der Schweiss, selbst

in den gut ventilirten Hotelräumen, von allen Gliedern. In Singapore und noch mehr in Johore auf dem Festland von Malacca konnten ohne Beschwer grössere Ausflüge zu Fuss gemacht werden, allerdings war schon die kühlere Jahreszeit angebrochen. Die Europäer dieser Städte, speciell die Frauen, hatten ein blasses, eingefallenes Aussehen. In Shanghai und Tsintau trafen wir ein deutsches Spätsommerklima. Die Europäer hatten gesunde, abgebräunte Gesichter.

In Tsintau beobachteten wir die interessante Erscheinung einer Windhose. Während unserer Ueberfahrt zum Schiff, Mittags 12 Uhr, zog rasch über die Bucht von Kiautschau eine tiefschwarze Wolke auf, der übrige Himmel war leer von Wolken, die Sonne beschien die Küsten. Aus der Wolke stieg langsam ein feiner Trichter abwärts, ihm entgegen ein ähnlicher aus dem Wasser, die Spitzen vereinigten sich, rissen nach kurzer Zeit wieder auseinander, der obere Trichter zog sich gegen die Wolken zurück, der untere verschwand; rasch wuchs ein zweiter breiter Trichter aus der Wolke, wieder ein gleich breiter aus dem Wasser entgegen, sie stiessen zusammen und wurden zu einer dicken, wirbelnden Säule, von den Wolken zum Wasser reichend, um den Fuss der Säule jagten sich immer höhere und breitere Schaummassen, die Hose wanderte sammt der Wolke rasch über die Bucht heran, betrat in der Nähe des Bahnhofes das Land, wurde unten zu einer dicken wirbelnden Staubmasse und zog, immer breiter werdend, hart am Ufer entlang; wir kamen eben noch rechtzeitig an Bord, um einem heftigen Platzregen, verbunden mit mächtigen Windstössen und hohem Wellengang zu entgehen. Stadt und Höhen wurden durch die rasch vorüberwandernden, wirbelnden, Dachtheile und Balken mitführenden Staubmassen verdeckt. Hinter letzteren wurde die Luft sofort klar und sehr durchsichtig; die Hose zog als breite Fläche zunächst noch ein Stück der Küste entlang und verschwand dann über der offenen See. Als wir Nachmittags die Zerstörungen besahen, fanden wir die starkgebaute elektrische Centrale demolirt, das Dach war auf ein nahes Feld geworfen; in nächster Nähe hatte die Hose das Land betreten und nahm in der Breite von ungefähr 150 m einen ziemlich geraden, durch die übrigen Zerstörungen gekennzeichneten Weg; noch mehrere feste Dächer, ganze Stockwerktheile der steinernen Häuser, Mauern und Mauerecken waren abgerissen, die grössten Dachbalken bis zu 30 m von ihren Häusern fortgeführt, 6 Personen durch fliegende Steine schwer verletzt. Das ganze Naturereigniss spielte sich ab in einer Viertelstunde.

Aus ärztlichen Standesvereinen.

Aerztlicher Bezirksverein Regensburg.

In der Sitzung vom 26. October 1900 wurden zunächst die Anträge, welche die Bezirksvereine München, Hersbruck und Nordschwaben bei den Aerztekammern eingebracht haben, genehmigt.

Sodann veranlasste der II. Punkt der Tagesordnung, „Einsetzung eines bayerischen Aerztetages“, eine lebhafte Debatte. Herr Dr. Kohler stellte den Antrag: „Es möchte zur Ermöglichung der mündlichen Berathung von Fragen, welche nur die bayerischen Aerzte in ihrer Gesammtheit treffen, soweit sie nicht vor das Forum des deutschen Aerztetages gehören, ein bayerischer Aerztetag constituirt werden, bei dem sich Delegirte sämmtlicher bayerischer Bezirksvereine zusammenfinden und der nach Bedarf von dem den Vorsitz führenden Verein einberufen wird.“ Herr Dr. Kohler führte aus, dass er gelegentlich des Impferlasses im December 1899 auf den Gedanken eines bayerischen Aerztetages gebracht wurde; es hätten die damaligen umständlichen Verhandlungen in einfacherer Weise geführt und zu gegenseitiger rascherer Verständigung gebracht werden können, wenn man einen bereits organisirten Verband nur hätte berufen dürfen. Wahrscheinlich wird ein derartiger bayer. Aerztetag selten in Thätigkeit treten; allein er sollte für wichtige und dringende Fälle, wenn die Interessen der bayerischen Aerzte in Frage kommen, in's Leben treten und zur Hand sein. Die meisten der Anwesenden betheiligten sich an der Berathung über das erwähnte Thema. Der Antrag fand allgemeine Zustimmung. Die weitere Ausarbeitung wurde einer Commission übertragen.

Verschiedenes.

Die Impfungen gegen die Tollwuth im Institut Pasteur im Jahre 1899.

Nach dem Berichte von Viala (Annales de l'institut Pasteur, Juli 1900) wurden im genannten Jahre 1614 Personen behandelt, davon starben 10, 4 jedoch in weniger als 14 Tagen vor dem Ende der Behandlung, und 2 wurden im Laufe derselben von Tollwuth ergriffen, so dass diese 6 Todesfälle nicht einzurechnen seien und nur eine Mortalität von 4 = 0,25 Proc., die geringste seit dem Jahre 1886, verbliebe. Die behandelten Patienten werden wieder in 3 Kategorien eingetheilt: A. die Tollwuth des Thieres, welches die Verletzung verursacht hat, wurde durch Biss- und Impfversuche, B. die Tollwuth des betr. Thieres wurde durch die veterinärärztliche Untersuchung festgestellt; C. das betr. Thier ist nur verdächtig auf Tollwuth. Die grösste Zahl (1099) Personen enthält Kategorie B. Die meisten Bisswunden betreffen die Hand, dann Unterextremitäten und Kopf. Der Nationalität nach gehören 1506 der Behandelten Frankreich und 108 dem Auslande an. Bei dem Vergleich mit früheren Jahren ist nicht zu vergessen, dass jetzt auch in Lille, Marseille, Montpellier Institute zur Behandlung der Tollwuth nach Pasteur bestehen. Nach der tabellarischen Uebersicht über die Vertheilung der Patienten nach Departements folgt eine kurze Beschreibung der 10 mit Tod abgegangenen Fälle.
St.

Therapeutische Notizen.

Einträufelungen einer 5—10 proc. Glycerinlösung in das Ohr empfiehlt Dr. Einis als coupirendes Mittel bei beginnender Mittelohrentzündung. Im Stadium der Hyperaemie angewendet, vermögen diese Einträufelungen die Entstehung der Otitis media purulenta chronica zu verhüten. Allgemein empfiehlt Verf. diese Einträufelungen als prophylaktisches Mittel während der Dauer derjenigen Krankheiten anzuwenden, bei denen erfahrungsgemäss Complicationen von Seiten des Gehörapparates vorzukommen pflegen. (Deutsche Medicinal-Ztg. 1900, No. 76.)
P. H.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 18. December 1900.

— Am 16. ds. fand in München die Generalversammlung des Vereins zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte in Bayern unter dem Vorsitze des Medicinalrathes Dr. G. Merkel-Nürnberg statt. Der von Dr. Friedrich Merkel-Nürnberg erstattete Kassenbericht ergab ein sehr erfreuliches Bild. Das Vermögen des Vereins hat sich seit dem Jahre 1896 von 168 000 M. auf 206 000 M. gehoben; dazu kommt ein Reservefond von 10 500 M. Die von den Mitgliedern gezahlten Beiträge sind von 10 500 M. im Jahre 1896 auf 13 500 bis 14 000 M. im Jahre 1900 gestiegen. Die an bedürftige Collegen bezahlte Summe betrug durchschnittlich 14 500—15 500 M. Im Jahre 1900 konnte ein Ueberschuss von ca. 13 000 M. dem Vermögen zugeschlagen werden. Eine ansehnliche Vermögensmehrung erfuhr der Verein durch das hochherzige Legat des verstorbenen Medicinalrathes Dr. Aub im Betrage von 60 000 M. Der Gedanke, die Aufgaben des Vereins auch auf die Unterstützung von bedürftigen Wittwen auszudehnen durch Gründung einer Wittwenkasse wurde nicht weiter verfolgt, dagegen hat der durch eine Schenkung des ärztlichen Bezirksvereins München vornehmlich zum Zwecke von Wittwenunterstützungen begründete Dispositionsfond, weitere Förderung erfahren (Stand z. Zt. ca. 3500 M.), so dass schon in den letzten Jahren an eine Anzahl von in Noth befindlichen Wittwen Zuschüsse, wenn auch bescheidener Art, gemacht werden konnten. Um dem in dieser Richtung bestehenden dringenden Bedürfnisse etwas weiter entgegenkommen zu können, beschloss die Generalversammlung auf Antrag von Hofrath Mayer-Fürth dem Dispositionsfond aus den Ueberschüssen der Kasse eine jährliche Zuwendung bis zu 4000 M. zu machen. Wie schon die jährlichen Berichte des Vereins, so befestigte auch die Generalversammlung bei den Theilnehmern die Ueberzeugung, dass wir in unserem Invalidenverein eine vortrefflich geleitete, blühende und überaus segensreiche Institution besitzen, auf welche die bayerischen Aerzte stolz sein können. Die in der Versammlung mitgetheilten Einzelheiten zeigten, wie unendlich viel Noth und Sorge durch die Thätigkeit des Vereins von unseren durch Alter und Krankheit heimgesuchten Collegen genommen wird. Der Dank dafür gebührt, nächst dem Wohlthätigkeitssinne der bayerischen Aerzte, den Männern, wie die Mitglieder des Vorstandes und die Kreiskassiere, die grosse mit der Führung der Geschäfte verbundene Arbeitslast uneigennützig auf sich genommen haben.

— Eine von der Freien Vereinigung der Münchener und oberbayerischen Krankenkassen einberufene Versammlung beschäftigte sich mit Missständen im bayerischen Arznei- und speciell Arzneitaxwesen. Herr Dr. Dresdner, der um die Herabminderung der Arzneikosten der Krankenkassen sich unzweifelhafte Verdienste erworben hat und ein gründlicher Kenner der einschlägigen Fragen ist, erstattete ein eingehendes Referat, in welchem er als Mittel zur Abhilfe eine Neuordnung der Arzneitaxe, Ausmerzung der Dispensationsgebühr, Ermässigung der Tarife für Krankenkassen etc. vorschlug. Die Versammlung nahm eine Resolution an, in welcher eine Reform der bayerischen Arzneimitteltaxe gefordert wurde.

— Der Verein der freigewählten Kassenärzte in Berlin beschloss zur Erzielung sparsamerer Verschreibungsweise in der Kassenpraxis die Einrichtung von Vorlesungen über ökonomische Receptverschreibung für seine Mitglieder. Die Vorträge sollen im Sinne des Dresdner'schen Leitfadens gehalten sein.

— Für das Grossherzogthum Oldenburg ist eine neue Gebührenordnung für Aerzte, Zahnärzte und Thierärzte erlassen worden.

— Die Berlin-Brandenburgische Aerztekammer hat sich in ihrer Sitzung vom 8. d. M. über die Höhe der Umlage schlüssig gemacht. Es soll einmal von allen wahlberechtigten Aerzten eine Grundgebühr von 10 M. als ein gleichmässig zu leistender Beitrag erhoben werden; ausserdem sollen diejenigen Aerzte, welche ein Gesammteinkommen von mehr als 3000 M. besitzen, einen Zuschlag zahlen, der alljährlich nach noch zu bestimmenden Procentsätzen des Staatseinkommensteuerbetrages von der Kammer festgesetzt wird. Näherer Bericht folgt.

— Durch Erlass des Generalcommandos des k. bayer. 1. Armeecorps ist bestimmt worden, dass Studirende der Medicin an der Universität München welche bloss ein halbes Jahr mit der Waffe dienen wollen, um das Dienstzeugniss nach § 17, 5 der Heerordnung zu erwerben, am 1. April 1901 beim Infanterie-Leibregiment zuzulassen sind.

— Der bei Gelegenheit des Congresses zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit in Berlin gestiftete Preis von 4000 M. für die beste Arbeit „Ueber die Tuberculose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung" ist der Arbeit des Dr. S. A. Knopf in New-York zuerkannt worden. Auf das Preisausschreiben waren 81 Arbeiten eingegangen. Die preisgekrönte Arbeit wurde vom deutschen Central-Comité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke als Broschüre herausgegeben und ist zum Preise von M. 1.20 für 10, von M. 9.— für 100 und von M. 80.— für 1000 Exemplare erhältlich. Die Schrift verdient die weiteste Verbreitung. Der Abdruck und das Recht der Uebersetzung sind unbeschränkt freigegeben.

— Pest. Vereinigte Staaten von Amerika. Zufolge amtlicher Mittheilung sind am 1. November in San Franzisko 2 Pesttodesfälle bei Chinesen festgestellt; am 4. November wurden dort ausserhalb der Chinesenstadt 2 Pesttodesfälle unter der weissen Bevölkerung angemeldet. Man glaubt, dass vielleicht weitere Pesttodesfälle unter anderer Bezeichnung angezeigt seien.

(V. d. K. G.-A.)

— In der 48. Jahreswoche, vom 25. Nov. bis 1. Dec. 1900, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Elbing mit 36,6, die geringste Halberstadt mit 6,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Altendorf, Beuthen, Elbing, an Masern in Altendorf, Bochum, Königshütte, an Diphtherie und Croup in Altendorf, Offenbach, an Unterleibstyphus in Krefeld.

(Hochschulnachrichten.)

Halle a. S. Die Frequenz der Universität Halle a. S. hat mit 1963 die höchste Zahl seit ihrem Bestehen erreicht; hierunter befinden sich 72 Frauen, wovon nur wenige Medicin studiren. Die Zahl der Mediciner beträgt nur 203 (womit Halle wohl die drittkleinste medicinische Facultät in Deutschland sein dürfte).

Strassburg. Mit Ablauf dieses Jahres wird Professor Goltz aus seiner bisherigen Stellung als Professor der Physiologie und Director des physiologischen Instituts der hiesigen Universität scheiden und der medicinischen Facultät fortan nur noch als emeritirter Professor angehören.

Chicago. Der Professor am College of Physicians and Surgeons zu Chicago, Dr. J. B. Murphy, wurde zum Professor der Chirurgie ernannt.

Groningen. Dr. K. F. Wenckebuch in Utrecht wurde zum Professor der medicinischen Klinik ernannt.

Paris. Der Professor der Geschichte der Medicin und der Chirurgie Dr. Brissaud wurde zum Professor der medicinischen Pathologie an der medicinischen Facultät zu Paris ernannt.

(Todesfälle.)

In Hubertusburg starb nach langjährigem Leiden der ausserordentliche Professor der Anatomie in Leipzig, Dr. Richard Altmann, 48 Jahre alt.

Nachtrag zum Artikel des Herrn Prof. E. Winternitz: Erfahrungen über Angiothrypsie

auf S. 1765 dieser Nummer.

In jüngster Zeit haben wir auch Versuche mit der neuen Kniehebelklemme von Zweifel gemacht (Centralbl. f. Gyn. 1899, No. 37, pag. 1141). Die von Zweifel seinem Instrumente nachgerühmten Vorzüge fanden wir beim Gebrauch desselben durchaus bestätigt. Es ist namentlich der Umstand, dass das Instrument ohne Schraube leicht und einfach geschlossen werden kann und dabei doch gegenüber der Thumim'schen Hebelklemme den Vortheil besitzt, dass dasselbe nicht mit einem Mal zum vollkommenen und höchsten Verschluss übergeführt wird, sondern allmählich. Da die Cremaillère das Instrument auf verschiedene Druckgrössen einstellt, so kann dasselbe für dickere sowohl wie für dünnere Gewebsmassen zur Verwendung gelangen. Die Länge seines Maules erlaubt, wie wir uns wiederholt überzeugen konnten, dass das ganze Ligament von dem Scheidenansatz bis zur Tube abgeklemmt werden kann. Diese Vorzüge der Zweifel'schen Kniehebelklemme erheben dieselbe unseres Erachtens über die anderen bisherigen Angiothryptoren, ohne dass wir desshalb unsere grundsätzliche Stellung der Angiothrypsie gegenüber irgendwie ändern wollen, insofern auch hier das Anlegen von Ligaturen in die Pressfurche zur definitiven Blutstillung dringend nöthig erscheint.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Hermann Wacker, appr. 1898, in Landsberg. Dr. Hermann Gessner, appr. 1899, in Nürnberg. Dr. Arthur Stelzer, appr. 1878, zu Würzburg. Dr. Friedrich Lucas, appr. 1891, zu Rentweinsdorf, Bez.-A. Ebern.

Verzogen: Dr. Adolf Schauwienold von Tettau nach Auerbach. Dr. Johann Schiemer von Nürnberg nach Kassel. Dr. Karl Sprung von Reichendorf nach Plauen.

Auszeichnung: Dem k. Geheimen Rathe und Obermedicinalrathe Dr. Hugo v. Ziemssen, ordentlicher Professor an der k. Universität München, wurde für das Komthurkreuz I. Cl. mit der Krone des grossherzoglich hessischen Verdienstordens Philipps des Grossmüthigen die Bewilligung zur Annahme und zur Führung bezw. zum Tragen ertheilt.

Praxis niedergelegt: Dr. Philipp Kullmer in Landsberg.

Abschied bewilligt: dem Oberarzt Dr. Joseph Ambros der Reserve (Augsburg) behufs Uebertritts in Königliche Preussische Militärdienste.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat October 1900.

Iststärke des Heeres:

47 004 Mann, — Invaliden, 209 Kadetten, 140 Unteroff.-Vorschüler.

		Mann	Invaliden	Kadetten	Unter-Offizier-vorschüler
1. Bestand waren am 30. September 1900:		744	—	7	4
2. Zugang:	im Lazareth:	1045	—	5	7
	im Revier:	2105	—	11	—
	in Summa:	3150	—	16	7
Im Ganzen sind behandelt:		3894	—	23	11
‰ der Iststärke:		82,8	—	110,0	78,6
3. Abgang:	dienstfähig:	2259	—	19	8
	‰ der Erkrankten:	580,1	—	826,1	727,3
	gestorben:	6	—	—	—
	‰ der Erkrankten:	1,5	—	—	—
	invalide:	37	—	—	—
	dienstunbrauchbar:	41*)	—	—	—
	anderweitig:	142	—	1	1
	in Summa:	2485	—	20	9
4. Bestand bleiben am 31. Oct. 1900.	in Summa:	1409	—	3	2
	‰ der Iststärke:	29,9	—	14,3	14,3
	davon im Lazareth:	894	—	2	2
	davon im Revier:	515	—	1	—

*) Darunter 28 bei der Einstellung

Von den in Ziffer 3 aufgeführten Gestorbenen haben gelitten an: Unterleibstyphus 3, Hirnhautentzündung 1, Bauchfellentzündung 2 (davon 1 nach Durchbruch eines Magengeschwüres, 1 nach Darmzerreissung in Folge Pferdeschlages auf den Unterleib).

Ausserdem endeten noch 2 Mann durch Selbstmord (durch Erhängen).

Der Gesammtverlust der Armee durch Tod betrug demnach im Monat October 8 Mann.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 49. Jahreswoche vom 2. bis 8. Dec. 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000

Todesursachen: Masern 3 (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 3 (7), Rothlauf — (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 2 (2), Brechdurchfall 4 (6), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 2 (1), Croupöse Lungenentzündung 2 (5), Tuberculose a) der Lungen 23 (20), b) der übrigen Organe 3 (6), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (3), Unglücksfälle 1 (3), Selbstmord 6 (—), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 208 (172), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 23,4 (19,3), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,3 (12,1).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 48. Jahreswoche vom 25. bis 30. November 1900.

Betheil. Aerzte 170. — Brechdurchfall 14 (. *), Diphtherie, Croup 38 (.), Erysipelas 11 (.), Intermittens, Neuralgia interm, — (.), Kindbettfieber 2 (.), Meningitis cerebrospin. — (.), Morbilli 70 (.), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 3 (.), Parotitis epidem. — (.), Pneumonia crouposa 19 (.), Pyaemie, Septikaemie — (.), Rheumatismus art. ac. 22 (.), Ruhr (dysenteria) — (.), Scarlatina 5 (.), Tussis convulsiva 37 (.), Typhus abdominalis 1 (.), Varicellen 25 (.), Variola, Variolois — (.). Summa 247 (.).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.

Die Verhandlungen der bayerischen Aerztekammern
vom Jahre 1900.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberbayern.

München, den 29. October 1900.

Beginn der Sitzung Morgens 9 Uhr.

Anwesende: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Otto Messerer als k. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: Aerztl. B.-V. Aichach-Schrobenhausen: Dr. Johann Limmer, k. Bezirksarzt I. Classe in Schrobenhausen; Aerztl. B.-V. Ebersberg-Miesbach-Rosenheim: Dr. Adolf Burkart, k. Bezirksarzt I. Classe in Rosenheim, Dr. Max Dirr, prakt. und Bahnarzt in Rosenheim; Aerztl. B.-V. Erding: Dr. Max Schnabelmaier, prakt. und Krankenhausarzt in Dorfen; Aerztl. B.-V. Freising-Moosburg: Dr. Jakob Oberprieler, prakt. und Krankenhausarzt in Freising; Aerztl. B.-V. Ingolstadt-Pfaffenhofen: Dr. Karl Vierling, k. Bezirksarzt I. Classe in Ingolstadt; Aerztl. B.-V. Mühldorf-Neuötting: Dr. Josef Schliessleder, prakt. und Krankenhausarzt in Kraiburg; Aerztl. B.-V. München: Dr. Friedrich Crämer, prakt. Arzt, Dr. Max Gruber, k. Bezirksarzt I. Classe und Gefängnissarzt, Dr. Georg Näher, k. Hofrath, prakt. Arzt und Bahnarzt, Dr. Adolf Müller, k. Bezirksarzt I. Classe, Dr. Hugo Sternfeld, prakt. Arzt, Dr. Max Wohlmuth, k. Hofrath, prakt. Arzt, sämmtliche in München; Aerztl. B.-V. Traunstein-Reichenhall: Dr. Adolf Rapp, k. Hofrath, bezirksärztl. Stellvertreter in Reichenhall, Dr. Max Roth, k. Bezirksarzt I. Classe in Berchtesgaden, Dr. Karl Schöppner, prakt. und Bahnarzt in Reichenhall; Aerztl. B.-V. Wasserburg: Dr. Lorenz Härtl, k. Hofrath, Bezirksarzt I. Classe, Zuchthausarzt in Wasserburg; Aerztl. B.-V. Weilheim: Dr. Ernst Angerer, prakt. und Krankenhausarzt in Weilheim, Dr. Franz Müller, k. Bezirksarzt I. Classe in Schongau.

Vor Beginn der Verhandlungen waren die Delegirten von Sr. Excellenz dem Herrn Regierungspräsidenten v. Auer empfangen worden, der sich über die Berathungsgegenstände der Aerztekammer Bericht erstatten liess und sich über dieselben eingehend aussprach.

Der k. Regierungscommissär, Herr Regierungs- und Kreismedicinalrath Professor Dr. Messerer begrüsst die Delegirten und ersucht den Alterspräsidenten, die Wahl des Bureaus vornehmen zu lassen. Der Alterspräsident, k. Hofrath Dr. Näher, nimmt die Wahl des Ausschusses vor und beruft als Schriftführer ad hoc Dr. Max Gruber. Das Bureau wird folgendermaassen gebildet:

1. Vorsitzender: Hofrath Dr. Näher-München,
2. Stellvertreter des Vorsitzenden: Dr. Max Dirr-Rosenheim,
3. Schriftführer: Dr. Max Gruber-München.

Die Führung der Kassengeschäfte wird in Uebereinstimmung mit § 2 der Geschäftsordnung gleichfalls dem Letzteren übertragen.

Die Gewählten erklären unter dem Ausdrucke des Dankes für das ausgesprochene Vertrauen die Annahme der Wahl.

Hofrath Dr. Näher übernimmt den Vorsitz und dankt für das ihm entgegengebrachte Vertrauen, das er heute zum wiederholten Male geniesse. Im vorigen Jahre habe er der Hoffnung Ausdruck geben können, dass er nur vorübergehend die Stelle des früheren Vorsitzenden Dr. Schnizlein einnehmen werde, leider habe schon wenige Wochen nach der letzten Kammersitzung das traurige Geschick Schnizlein's diese Hoffnung zu nichte gemacht.. Er begrüsst sodann den k. Regierungscommissär und spricht der k. Regierung den Dank der Kammer für die Entsendung des Herrn Kreismedicinalrathes Prof. Dr. Messerer aus, bittet diesen um wohlwollende Unterstützung und gibt ihm die Versicherung, dass ihm seitens der Aerztekammer volles Vertrauen entgegengebracht werde.

Sodann gedenkt der Vorsitzende in warmen und ehrenden Worten der seit der letzten Kammersitzung Verstorbenen, nämlich des k. Regierungs- und Kreismedicinalrathes Dr. Friedrich Ernst Aub, des langjährigen Vorsitzenden und Delegirten der oberbayerischen Aerztekammer zum verstärkten Obermedicinalausschuss und in den beiden letzten Jahren k. Regierungscommissär bei den Kammersitzungen, des langjährigen Delegirten und Cassiers der oberbayerischen Aerztekammer, k. Hofrathes Dr. Eduard Schnizlein, des mehrjährigen Delegirten und Schriftführers, k. Bezirksarztes Dr. August Weiss und des mehrjährigen Alterspräsidenten, k. Bezirksarzt Dr. Anton Gröber.

An den Gräbern der Verstorbenen wurden bei den Beerdigungen durch den ständigen Ausschuss Kränze niedergelegt. Der Vorsitzende bittet die Kammer, sich zum Zeichen freundlichen, dankbaren und ehrenden Angedenkens an die Verstorbenen von den Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Ferner dankt der Vorsitzende den früheren Delegirten Dr. Grassmann, v. Hösslin, Stein und Zenetti für ihre Mitarbeit und begrüsst die an ihre Stelle neu bezw. wieder in die Kammer eingetretenen Delegirten Dr. Limmer, Dr. Vierling, Dr. Hugo Sternfeld, Dr. Schöppner, Bezirksarzt Dr. Müller-Schongau und Bezirksarzt Dr. Müller-München und endlich Dr. Schnabelmaier, Letzteren als Delegirten des Aerztlichen Bezirksvereins Erding, welcher Verein zum letzten Male im Jahre 1896 durch einen Delegirten in der Aerztekammer vertreten war. Vorsitzender gibt der Freude der Kammer Ausdruck, dass der Aerztliche Bezirksverein Erding wieder neu errichtet worden ist und hofft, dass es dem Vorsitzenden des Vereins gelingen wird, die früheren Dissidien aus der Welt zu schaffen und den Verein für die Zukunft lebensfähig zu erhalten.

Der Vorsitzende gibt nunmehr die Tagesordnung bekannt:

1. Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1899/1900.
2. Kassenbericht.
3. Einlauf incl. Ministerialbescheid.
4. Bericht der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine.
5. Auftrag der k. Staatsregierung: Festsetzung einer Liste von 12 Oberbegutachtern für streitige Unfallsachen.
6. Antrag des ständigen Ausschusses, betreffend den Gesetzentwurf über die ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung.
7. Anträge des Aerztlichen Bezirksvereins München, betreffend die gutachtliche Einvernehmung dr Aerztekammern oder des erweiterten Obermedicinalausschusses vor Erlass wichtiger Bestimmungen für den Aerztestand und Bekanntgabe neu zu erlassender Verordnungen an die Aerzte.
8. Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins München, betreffend die unentgeltliche Behandlung der Armen durch die Bezirksärzte.
9. Antrag des ständigen Ausschusses, betreffend den Beschluss vom vorigen Jahre in Bezug auf Beginn des Schuljahres in den Volksschulen und Beginn des täglichen Unterrichtes in den Wintermonaten um 9 Uhr Vormittags.
10. Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Traunstein-Reichenhall, betr. Erhöhung der Leichenschaugebühren.
11. Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Ebersberg-Miesbach-Rosenheim, betreffend die Veröffentlichung des Sitzungsprotokolles.
12. Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Ingolstadt-Pfaffenhofen, betreffend die Aufbewahrung der Leichenschauscheine und der Leichenschauregister.
13. Bericht des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschusse.
14. Wahl des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschusse und seines Stellvertreters für das kommende Jahr.
15. Wahl der Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.
16. Wahl der Beschwerdecommission, entsprechend dem Schlusssatze des § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. VII. 1895.
17. Wahl eines Kreiskassiers für den Verein zur Unterstützung invalider und hilfsbedürftiger bayerischer Aerzte.

Die Kammer genehmigt die Tagesordnung und tritt in die Berathung derselben ein.

Ad. 1. Bericht über die Thätigkeit des ständigen Ausschusses pro 1899/1900.

Vorsitzender Dr. Näher: Die durch den Tod des Dr. Aug. Weiss erledigte Function des Schriftführers und Kassiers ist von dem Vorsitzenden dem Delegirten des Aerztlichen Bezirksvereins München Dr. Max Gruber stellvertretungsweise übertragen worden. Der ständige Ausschuss hat als solcher eine besondere Sitzung nicht abzuhalten gehabt, da die Gegenstände des Einlaufes eine collegiale Vorberathung nicht erforderten. Dem Vorsitzenden oblag die Aufgabe, den Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammern vom Jahre 1899 an die Vorsitzenden der Bezirksvereine zu übersenden; desgleichen wurde das Sitzungsprotokoll in Abdruck den Bezirksvereinen übermittelt.

Gemäss § 6 der Geschäftsordnung hatte der Vorsitzende des ständigen Ausschusses zwei Sitzungen der Vorsitzenden der bayerischen Aerztekammern in Nürnberg beizuwohnen, deren erste am 10. Juni zum Zwecke der Stellungnahme zu der Frage der Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien zum Studium der Medicin stattfand, und in welcher sich die sämmtlichen Vorsitzenden der 8 bayerischen Aerztekammern einstimmig für eine Resolution erklärten, welche in Uebereinstimmung mit der am 17. Mai in Neustadt a. H. von den Pfälzer Aerzten gefassten Resolution und mit dem Beschlusse des Aerztlichen Bezirksvereins München vom 25. Mai verlangt, dass auch ferner das Reifezeugniss eines humanistischen Gymnasiums allein Vorbedingung zur Zulassung zu den ärztlichen Prüfungen bleiben soll.

Die zweite Sitzung fand am 21. October zum Zwecke der Vorbesprechung und Vorbereitung der heurigen Kammersitzung statt. — Die sämmtlichen Delegirten zur oberbayerischen Aerztekammer wurden rechtzeitig von den in dieser Besprechung festgesetzten Beschlüssen in Kenntniss gesetzt, ausserdem auch die Referenten für die Berathungsgegenstände der heutigen Sitzung bestellt.

Ad 2. Kassenbericht.

Ueber den Stand der bis zum Tode des Dr. August Weiss von diesem und nachher von Dr. Max Gruber geführten Kasse berichtet Letzterer, dass er am 11. September 1900 die Kassenführung mit einem Baarbestand von 213 M. 13 Pf. und einem Pfandbrief der bayerischen Hypotheken- und Wechselbank, Serie XXVI, Lit. N, No. 75093, R.-W. 200 M., 3½ Proc., von der Wittwe des verstorbenen Dr. August Weiss übernommen hat.

Die Kassarechnung stellt sich folgendermaassen:

Einnahmen.

Kassabestand des Vorjahres	M. 69.58
Dazu Zinsen des Pfandbriefes pro 1899 und 1900	„ 14.—
Beiträge der ärztlichen Bezirksvereine (pro Mitglied 30 Pf.)	„ 186.80
Summa	M. 270.38

Ausgaben.

Laut Rechnungsbelegen	M. 268.42
Kassabestand pro 1900	M. 1.96

Dazu kommt noch der obenerwähnte Pfandbrief zu 200 M.

Diesem Activkassenbestande steht eine Schuldenlast von 24 M. gegenüber.

Die unter Zustimmung der Kammer vom Vorsitzenden zu Revisoren bestimmten Dr. Crämer und Dr. Wohlmuth befinden Rechnung und Kasse in Ordnung und beantragen die Entlastung des Kassiers; diese wird ertheilt.

Auf Antrag des Schriftführers Dr. Max Gruber beschliesst die Kammer, den Kammerbeitrag pro 1900 auf 30 Pf. per Vereinsmitglied festzusetzen.

Ad 3. Einlauf.

Aus diesem wird mitgetheilt:

a) Der Ministerialbescheid auf die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1899 (gelangt zur Verlesung);

b) Beileidsschreiben des ständigen Ausschusses der schwäbischen Aerztekammer gelegentlich des Ablebens des Herrn Regierungs- und Kreismedicinalrathes Dr. Aub;

desgleichen des k. Bezirksarztes Dr. Julius Mayr in Bogen;

Dankschreiben der Hinterbliebenen der verstorbenen DDr. Schnizlein, Weiss und Gröber für die Ehrung bei der Beerdigung (dient zur Kenntniss).

c) Eine Broschüre des Dr. Hennicke in Gera: „Von der Organisation des ärztlichen Standes in Thüringen im Jahre 1899“ (circulirt nach kurzem Referat des Schriftführers zur Einsichtnahme).

d) Anträge verschiedener ärztlicher Bezirksvereine Schwabens und Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Hersbruck, betreffend Aenderung der Bestimmungen über die Jahresberichte der praktischen Aerzte (Kenntnissnahme).

Ad 4. Bericht der Delegirten über den Stand ihrer Bezirksvereine.

Dr. Limmer: Aichach-Friedberg-Schrobenhausen: 19 Mitglieder; Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Limmer in Schrobenhausen, Schriftführer: Dr. Gröber in Aichach. Es fanden 2 Versammlungen statt, in welchen ärztliche Standesinteressen die Berathungsgegenstände bildeten.

Dr. Dirr: Ebersberg-Miesbach-Rosenheim: 47 Mitglieder; Vorsitzender: k. Bezirksarzt Dr. Burkart, Schriftführer und Kassier: Dr. Dirr, Beide in Rosenheim.

Es fanden 3 Versammlungen statt, und zwar am 19. December 1899 und 25. April 1900 in Rosenheim, und am 9. October 1900 in Holzkirchen. Tagesordnung für die erste Versammlung: Bericht über die Verhandlungen der oberbayerischen Aerztekammer 1899 (Dr. Burkart), Kassenbericht, Festsetzung der Vereinsbeiträge pro 1899/1900, Neuaufnahme von Mitgliedern, Neuwahl des Ausschusses und der Mitglieder des Ehrengerichts. Tagesordnung für die zweite Versammlung: Bekanntgabe der Einläufe, k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899 den Vollzug des Impfgesetzes betreffend (Ref.: Dr. Burkart); Wahl der Delegirten zur oberbayerischen Aerztekammer. Tagesordnung für die dritte Versammlung: Besprechung von Vereinsangelegenheiten und allenfallsiger Anträge zur Aerztekammer, der 28. Deutsche Aerztetag in Freiburg i. B. (Ref.: Dr. Dirr), Mittheilungen aus der Praxis über Unterleibsoperationen (Dr. Höpfl-Hausham) und Vorstellung einer 23 jährigen Rachitica mit gewaltigen Exostosen vom Oberkiefer ausgehend (Dr. Kellerer-Holzkirchen).

Dr. Schnabelmaier: Erding: 17 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Schnabelmaier in Dorfen: Schriftführer und Kassier: Dr. Echerer in Wartenberg. Der Verein besteht erst seit März 1900.

Dr. Oberprieler: Freising-Moosburg: 14 Mitglieder; Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Auer, Schriftführer: Dr. Buck, Beide in Freising.

Es haben im laufenden Jahre 3 Vereinssitzungen stattgefunden, in welchen neben Anderem hauptsächlich Gegenstände aus dem Gebiete der ärztlichen Standesinteressen besprochen und berathen wurden. Besonders wurde die Wiedereinführung der obligatorischen Promotion und der obligatorischen Physikatsprüfung aus verschiedenen Gründen als wünschenswerth erachtet und beschlossen, eine allgemeine Bestrebung in diesem Sinne anzuregen.

Dr. Vierling: Ingolstadt-Pfaffenhofen: 16 Mitglieder. Vorsitzender Dr. Vierling, k. Bezirksarzt in Ingolstadt, Schriftführer: Dr. Decrignis, prakt. und Bahnarzt in Pfaffenhofen.

Im Frühjahr und Herbst wurde je eine Versammlung abgehalten und hiebei Standesangelegenheiten behandelt, sowie der neue Schlachthof in Ingolstadt besichtigt.

Dr. Schliessleder: Mühldorf-Neuötting: 22 Mitglieder. Vorsitzender: Dr. Schliessleder in Kraiburg, Schriftführer und Kassier: Dr. Bernhuber in Altötting. Der Verein hielt im abgelaufenen Jahre 2 Sitzungen ab, eine im Frühjahr und eine im Herbste. Zur Verhandlung kamen Standes- und Vereinsangelegenheiten, casuistische und wissenschaftliche Mittheilungen.

Dr. Gruber: München: 460 Mitglieder (Zunahme 20). Vorsitzender: Dr. Georg Näher, kgl. Hofrath, prakt. und Bahnarzt; I. Schriftführer: Dr. Max Gruber, k. Bezirksarzt, Gefängniss- und Bahnarzt; Schatzmeister: derselbe in Vertretung, sämmtliche in München.

Seit der letzten Aerztekammersitzung haben 5 Vereinssitzungen stattgefunden. Berathungsgegenstände waren die k. Allerh. Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes und die Frage der Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien zum medicinischen Studium.

Ein über letztere Frage von Herrn Universitätsprofessor Dr. Hans Buchner erstattetes Referat und der vom Verein gefasste diesbezügliche Beschluss wurde hohen und höchsten maassgebenden Staatsbehörden und Persönlichkeiten, der hohen Kammer der Abgeordneten, den Mitgliedern des obersten Schulrathes, den Vorsitzenden sämmtlicher preussischer Aerztekammern und allen bayerischen ärztlichen Bezirksvereinen übermittelt. Ausserdem standen noch Anträge verschiedener ärztlicher Bezirksvereine zur Aerztekammer und kassenärztliche Angelegenheiten zur Berathung. Letztere veranlassten die Einsetzung einer Commission, welche die Vorarbeiten für eine Organisation sämmtlicher Münchener Kassenärzte in Angriff zu nehmen bestimmt ist.

Endlich wurden 2 Vorträge erstattet und zwar Herr Geheimrath Dr. v. Ziemssen: „Rückblick auf die Geschichte der ärztlichen Standesvertretung in Deutschland“ und Herr Geheimrath v. Winckel: „Ueber die Vorsichtsmaassregeln bei künstlicher Lösung der Nachgeburt“.

Die im Jahre 1898 gebildete Abtheilung für freie Arztwahl des Aerztlichen Bezirksvereins München besteht in unveränderter Weise fort.

Die vom Verein geführte Morbiditätsstatistik wird fortgesetzt.

Von der Schrift des Dr. Alexander in Breslau: „Wahre und falsche Heilkunde“ wurden 3000 Exemplare bezogen und jedem Vereinsmitglied 3 Exemplare zur geeignet erscheinenden Vertheilung, ausserdem je 1 Exemplar an jeden an einer in München bestehenden Volks- und Mittelschule thätigen Lehrer übermittelt. Ein noch vorhandener Rest ist zur Verbreitung durch Volksbibliotheken und Lesehallen und in sonst geeignet erscheinender Weise bestimmt.

Dr. Schöppner: Traunstein-Reichenhall: 54 Mitglieder. Vorsitzender: Hofrath Dr. Rapp, Schriftführer: Dr. Schöppner. Es wurden 2 Sitzungen abgehalten, eine im Frühjahr in Freilassing, die zweite im Herbste im neuen k. Curhause in Reichenhall.

Es wurden Stades- und Vereinsangelegenheiten, namentlich Anträge zur Aerztekammer besprochen und ein wissenschaftlicher Vortrag gehalten (Thema: Tonsillencarcinom; Dr. v. Heinleth).

Dr. Härtl: Wasserburg: 14 Mitglieder. Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Härtl, Schriftführer: Dr. Möller.

Ordentliche (officielle) Versammlungen fanden statt: 1. am 4. April (sog. Frühjahrs-) und 2. am 16. October (sog. Herbstsitzung).

Ad 1. A. In der Frühjahrssitzung widmete der Vorsitzende dem verstorbenen Herrn Kreismedicinalrath Dr. Aub einen warmen Nachruf.

B. In derselben Sitzung fanden folgende Wahlen statt:

a) Vorstandschaft (wiedergewählt Härtl und Möller).

b) Delegirter (Dr. Härtl).

Ferner:

c) Rechnungsablage.

d) Referat des Delegirten 1899 (Dr. Stein).

e) Besprechung des Gesetzentwurfes bezüglich einer Standes- und Ehrengerichtsordnung.

f) Beschluss gefasst, dass Dankabstattungen im Wasserburger Anzeiger in jedweder Form hintangehalten werden sollen.

Ad 2. In der Herbstsitzung wurden zur Einbringung in die Aerztekammer nachfolgende Beschlüsse gefasst:

a) Bezüglich Antrag des Bezirksvereins Hersbruck: „Jahresberichte der auf Staatsdienst aspirirenden Aerzte“ gab der Verein die Ansicht kund, betreffend Infectionskrankheiten und künstlichen Geburten möge es beim Alten (10, II) bleiben, statt Bearbeitung der übrigen Punkte aber möge es gestattet sein, alle 3 bis 5 Jahre eine grössere wissenschaftliche Arbeit zu einem späteren Termine zu liefern.

b) Es sei dem Antrag des Bezirksvereins München vom 25. Mai 1900 beizutreten, dass das Zeugniss der Reife eines humanistischen Gymnasiums auch fernerhin Bedingung sei etc.

c) Es sei den beiden Anträgen des Bezirksvereins München vom 30. April 1900 beizutreten, dass die Aerztekammer aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes etc., und dass der ständige Ausschuss der oberbayerischen Kammer bei der k. Regierung beantrage, dass alle wichtigeren etc.

d) Bezüglich Antrag des Bezirksvereins Frankenthal (Minimaltaxe) keine Stellung dazu zu nehmen.

Ausserdem wurden seit December v. Js. freie Zusammenkünfte veranstaltet, bei welchen in zwangloser Unterhaltung verschiedene ärztliche Angelegenheiten zur Sprache kamen, solche Zusammenkünfte fanden statt 5, nämlich in den Monaten December 1899, Februar, April, Juni und October 1900.

Dr. Angerer: Weilheim-Landsberg: 32 Mitglieder. Vorsitzender: k. Bezirksarzt, Medicinalrath Dr. Fellerer, Schriftführer und Kassier: Dr. Angerer, Beide in Weilheim.

Es wurden, wie alljährlich, 2 Versammlungen abgehalten, im Frühjahr in Weilheim, im Herbst in Tutzing; in denselben wurden wissenschaftliche Vorträge gehalten und Standesinteressen besprochen.

Ad. 5. Auftrag der k. Staatsregierung: Feststellung einer Liste von 12 Obergutachtern für streitige Unfallversicherungssachen.

Vorsitzender Dr. Näher gibt nachstehende Entschliessung der k. Regierung von Oberbayern, Kammer des Innern, vom 12. October 1900 bekannt:

„Im Vollzuge höchster Ministerialentschliessung vom 21. September l. J. No. 21147, sowie unter Bezugnahme auf die Bekanntmachung vom 27. Juli 1894 „die Bildung ärztlicher Collegien zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten betreffend“, ergeht der Auftrag, die Aerztekammer bei deren nächsten Wiederzusammentritt zur Wahl von je 12 zur Uebernahme der Function eines Mitgliedes des ärztlichen Collegiums geeigneten Aerzten aus der Zahl der in ihrem Bezirke vorhandenen Aerzte zu veranlassen und die Vorschlagsliste sodann anher einzusenden.“

Nachdem ferner die Namen der in der Sitzung der oberbayerischen Aerztekammer vom 6. October 1894 zu diesem Zwecke gewählten Herren bekannt gegeben waren, wurden von der Kammer durch einstimmigen Zuruf als geeignet zur Uebernahme der Function eines Mitgliedes des ärztlichen Collegiums zur Erstattung von Obergutachten die gleichen Herren wieder und an Stelle des verstorbenen Medicinalrathes Dr. Aub und des in einen anderen Regierungsbezirk versetzten k. Bezirksarztes Dr. Julius Mayer die k. Bezirksärzte Dr. Adolf Müller und Dr. Max Gruber, Beide in München, gewählt.

Es wurden somit zu genanntem Zwecke nachstehend verzeichnete Herren gewählt:

1. Geheimrath Dr. Hugo v. Ziemssen, k. Universitätsprofessor, Vorstand der I. medicinischen Klinik und Krankenhausdirector in München.
2. Dr. Josef Bauer, k. Universitätsprofessor und Vorstand der medicinischen Klinik in München.
3. Dr. Ottmar v. Angerer, k. Universitätsprofessor, k. Generalarzt I. Classe und k. Obermedicinalrath, Vorstand der chirurgischen Klinik in München.
4. Dr. Ferdinand Klaussner, k. Universitätsprofessor und Vorstand der chirurgischen Poliklinik in München.
5. Dr. Franz Brunner, k. Hofrath und Krankenhausoberarzt in München.
6. Dr. Rudolf v. Hösslin, prakt. Arzt in München.
7. Dr. Adolf Müller, k. Bezirksarzt in München.
8. Dr. Georg Näher, k. Hofrath, prakt. und Bahnarzt in München.
9. Dr. Josef Leonpacher, k. Medicinalrath und Landgerichtsarzt in Traunstein.
10. Dr. Adolf Rapp, k. Hofrath und bezirksärztlicher Stellvertreter in Reichenhall.
11. Dr. Max Gruber, k. Bezirksarzt, Gefängniss- und Bahnarzt in München.
12. Dr. Alfred Höpfl, prakt. und Knappschaftsarzt in Hausham.

Ad. 6. Antrag des ständigen Ausschusses, betreffend den Gesetzentwurf über die ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung. Berichterstatter: Dr. Georg Näher.

Für die Dauer der Berathung dieses Antrages übernimmt Dr. Dirr den Vorsitz.

Hofrath Dr. Näher: Gestatten Sie mir, sehr geehrte Herren, nunmehr das Wort zur Begründung einer Resolution und eines sich anknüpfenden Antrages zu nehmen, welche die ständigen Ausschüsse in ihren Aerztekammern zu stellen sich veranlasst sahen. Dieselben haben ihren Ursprung in der Beunruhigung und Unzufriedenheit, welche die bayerischen Aerzte und deren legale Standesvertretungen wegen des Schicksals des der Kammer der Abgeordneten von der k. Staatsregierung unterbreiteten Gesetzentwurfs, betreffend „die ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung“, erfüllt.

Die Frage der Schaffung einer gemeinsamen Standes- und Ehrengerichtsordnung für alle Aerzte Bayerns beschäftigt die bayerischen Aerzte und deren Standesvertretungen, die ärztlichen Bezirksvereine und die Aerztekammern nun schon seit dem Jahre 1895. In jenem Jahre vertrat in der oberbayerischen Aerztekammer Medicinalrath Dr. Aub im Auftrag der ständigen Ausschüsse den Antrag auf Einleitung der Schaffung einer ärztlichen Standesordnung; der Antrag wurde einstimmig angenommen und die ständigen Ausschüsse beauftragt, einen bezüglichen Entwurf fertig zu stellen. Dieser wurde dann von den Vorsitzenden der 8 Aerztekammern vorberathen und in den Aerztekammersitzungen des Jahres 1896, wobei in der oberbayerischen Aerztekammer Dr. Weiss das Referat erstattete, in seinen Grundzügen genehmigt. Im darauffolgenden Jahre (1897) wurde in den Aerztekammern der Entwurf in seinen Einzelheiten durchberathen und fertiggestellt und im Jahre 1898 wurde der Entwurf der Standes- und Ehrengerichtsordnung nach vorhergegangener Einvernahme der ärztlichen Bezirksvereine von den Aerztekammern endgiltig erledigt.

Dieser so gründlich behandelte und wohlbereifte Entwurf diente, nachdem er auch noch die Zustimmung des erweiterten Obermedicinalausschusses gefunden hatte, der k. Staatsregierung als Grundlage zur Ausarbeitung eines Gesetzentwurfes. Nachdem dann dieser Gesetzentwurf, betreffend die ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung, welcher die allseitige freudige Zustimmung der bayerischen Aerzte und deren Fachpresse gefunden und bei denselben grosse Befriedigung hervorgerufen hatte, der Kammer der Abgeordneten zugeleitet und in dieser der Abgeordnete Medicinalrath Dr. Aub zum Referenten bestellt worden war, so erfüllte alle ärztlichen Kreise die sichere Erwartung, dass der Gesetzentwurf baldigst auf die Tagesordnung der Kammer gesetzt und dank seiner Vertretung durch den berufensten Referenten unverändert und unverkürzt zur Annahme gelangen werde.

Leider bereitete der am 16. März 1900 plötzlich eingetretene Tod des Abgeordneten Medicinalrath Dr. Aub diesen so sicheren Hoffnungen der Aerzte ein jähes, äusserst betrübliches Ende. Zwar wurde in der Kammer der Abgeordneten ein neuer Referent aufgestellt, allein der Landtag wurde nach langer Session geschlossen, ohne dass der betreffende Gesetzentwurf in Berathung gezogen worden wäre.

Diese Nichterledigung einer so wichtigen und brennenden Standesfrage ist eine Quelle der Beunruhigung und Unzufriedenheit für alle Aerzte Bayerns geworden. Nachdem diese angestrebte Organisation für den ärztlichen Stand unbedingt nothwendig, ja als eine Lebensfrage bezeichnet werden muss und dies zwar vielmehr aus ethischen als wirthschaftlichen Gründen, so ist diese bittere Empfindung der Enttäuschung bei den bayerischen Aerzten wohl erklärlich; denn in dieser Organisation wird die einzig verlässige Gewähr geschaffen, dass das schwere wirthschaftliche Ringen, in welches sich der ärztliche Stand hineingedrängt sieht, zwar nicht ohne Gefährdung, aber doch ohne Schädigung seiner ethischen Pflichten durchgeführt werden wird.

Es wäre wahrlich endlich Zeit, dass Bayern, welches früher lange Zeit den anderen Staaten als Beispiel und Vorbild sanitätspolizeilicher Einrichtungen und der Aerzteorganisation gegolten hat, seinen Aerzten jene angestrebte Organisation gesetzesgemäss gewähren würde, welche Baden, Braunschweig, Preussen, Sachsen, Hamburg und andere Staaten dem ärztlichen Stande bereits vor langer Zeit gegeben haben. Jedes längere Säumniss wird nicht bloss zum Schaden des ärztlichen Standes, sondern auch des Staates ausschlagen.

Und trotzdem sind noch keine Anzeichen vorhanden, keine Mittheilung ist aus den Kreisen der Kammer in die Oeffentlichkeit gelangt, welche eine baldige Förderung und entsprechende Erledigung dieser für die bayerischen Aerzte so hochwichtigen Angelegenheit erwarten liesse.

Es fehlt diesen eben in der Kammer der Abgeordneten ein Dr. Aub, ein Vertreter, welcher mit der Ueberzeugung von der Wichtigkeit der Aufgaben des ärztlichen Standes im Staate eine volle Einsicht in die dermalige missliche Lage desselben verbindet und welcher als allseitig anerkannter Führer des ärztlichen Standes die Fähigkeiten besitzt, auch in der Kammer der Abgeordneten für diese so wichtige Angelegenheit des Standes und des Staates als fördernde und treibende Kraft zu wirken.

Trotzdem hoffen die bayerischen Aerzte auf die unverkümmerte Annahme des vom k. Ministerium der Kammer der Abgeordneten vorgelegten Gesetzentwurfes einer ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung; aber sie müssen auch aus den angeführten Gründen diese letzte Entscheidung in thunlichster Bälde dringend verlangen, desshalb sieht sich der ständige Ausschuss der oberbayerischen Aerztekammer veranlasst, Ihnen folgende Resolution und Antrag zur Berathung und Beschlussfassung zu unterbreiten:

„Die oberbayerische Aerztekammer, hoch befriedigt von dem durch die k. Staatsregierung der Abgeordnetenkammer vorgelegten Gesetzentwurfe, betreffend eine ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung, erklärt das endliche Inslebentreten dieser gesetzlichen Vorschriften, durch welche allein eine gedeihliche Weiterbildung der Organisation des ärztlichen Standes ermöglicht werden wird, für dringend nothwendig.

Die oberbayerische Aerztekammer hält es desshalb für geboten, unter dem gleichzeitigen Ausdruck ihres ergebensten Dankes für die hochbefriedigende Gesetzesvorlage an eine Hohe Königliche Staatsregierung die dringende Bitte zu richten, ihren Einfluss dahin geltend machen zu wollen, dass der Gesetzentwurf, betreffend eine ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung, bei dem nächsten Zusammentritt der Kammer der Abgeordneten sobald als möglich zur Berathung und Beschlussfassung gestellt werde."

Resolution und Antrag werden ohne Discussion durch Erheben von den Sitzen einstimmig angenommen.

Hofrath Dr. Näher übernimmt wieder den Vorsitz.

Ad. 7. Anträge des ärztlichen Bezirksvereins München, betreffend die gutachtliche Einvernehmung der Aerztekammern oder des erweiterten Obermedicinalausschusses vor Erlass wichtiger Bestimmungen für den Aerztestand und Bekanntgabe neu zu erlassender Verordnungen an die Aerzte. Berichterstatter: Dr. Wohlmuth.

Dr. Wohlmuth: Der ärztliche Bezirksverein München hat in seiner Sitzung am 30. April l. J. nachstehende Beschlüsse gefasst:

I. Die Aerztekammer von Oberbayern möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlasse ähnlicher, für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden.

II. Der ständige Ausschuss der oberbayerischen Aerztekammer möge bei der k. Regierung von Oberbayern beantragen, dass alle wichtigeren zu erlassenden Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss gebracht werden.

Dr. Wohlmuth: Sehr geehrte Herren Collegen! Die beiden Anträge, über welche mir heute die Berichterstattung obliegt, verdanken ihre Entstehung der Sitzung des Münchener ärztlichen Bezirksvereins vom 30. April l. J., in welcher über den § 3 Abs. 2 der k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899 „den Vollzug des Impfgesetzes betreffend" von Dr. Becker referirt wurde.

Es ist uns wohl Allen noch im Gedächtnisse, welche Missstimmung unter uns Aerzten damals Platz gegriffen, und wenn auch zu dieser Zeit bereits eine authentische Interpretation seitens des k. Staatsministeriums uns praktische Aerzte zufriedenstellen konnte, so war dieselbe doch aus der Verordnung schwer herauszulesen; andererseits war die Aufregung unter der Aerzteschaft in dem Maasse ausgebreitet und auch für die Zukunft besorgnisserregend, dass es wohl angezeigt erschien, nach Mitteln zu suchen, welche ähnlichen, nicht vorherzusehenden Ereignissen vorbeugen könnten. Aus diesen Gesichtspunkten, sowie in der Erwägung, dass es gewiss auch im Interesse der k. Staatsregierung gelegen sein dürfte, bei solchen Veranlassungen die ärztlichen Standesorgane nicht ungehört zu lassen, ersuche ich Sie Namens des ärztlichen Bezirksvereins München und in Uebereinstimmung mit den Beschlüssen der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern dem Antrage I:

„Die Aerztekammer von Oberbayern möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlass ähnlicher, für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden mögen"

Ihre Zustimmung zu ertheilen.

Der Antrag findet ohne Discussion einstimmig Annahme.

Dr. Wohlmuth: Der zweite Antrag, dass alle wichtigeren, neu zu erlassenden Gesetze, Verordnungen, oberpolizeilichen Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss gebracht werden möchten, war zunächst an den ständigen Ausschuss der oberbayerischen Aerztekammer gestellt, ist von diesem den Vorsitzenden der übrigen Aerztekammern unterbreitet worden und soll nunmehr heute in etwas modificirter Form zur Berathung der Aerztekammer gelangen, nämlich dahin lautend, dass gesagt werden soll „jedem ärztlichen Bezirksverein durch unentgeltliche Zusendung einer der Mitgliederzahl entsprechenden Anzahl von Abdrücken derselben etc."

Der Wunsch (ein Recht das zu verlangen, steht uns ja nicht zu), dass alle Aerzte von solchen Erlassen in Kenntniss gesetzt werden, ist wohl mit Rücksicht auf die Consequenzen sehr naheliegend, umsomehr, als kein Arzt verpflichtet ist, sich eine medicinische Zeitschrift, in welcher dieselben veröffentlicht werden, zu halten.

Der Münchener Bezirksverein hat daher geglaubt, dass es thunlich wäre, jeden einzelnen Arzt von solchen Vorschriften in Kenntniss zu setzen und kann ich zu dessen Begründung anführen, dass wir in München eine ganze Reihe von Erlassen dienstlich zugestellt erhielten, so

1. eine Verordnung über Anzeige ansteckender Krankheiten vom 6. August 1891,
2. eine Verordnung „Cholera betr." vom 29. August 1892,
3. eine ebensolche Verordnung vom 27. December 1892,
4. eine Neuausgabe „die Dienstanweisung zur Beurtheilung der Militärdiensttauglichkeit betr." vom 6. Februar 1894,
5. eine Verordnung „die Stellvertretung der prakt. Aerzte betr." vom 23. Juni 1894,
6. und 7. je eine Verordnung über die Abgabe stark wirkender Arzneien vom 12. October 1892 und 27. September 1897,
8. eine Verordnung „die Vergiftung durch Sublimatpastillen betr." vom 6. Januar 1899.

Es geht daraus hervor, dass die k. Staatsregierung es sehr wohl ermöglichen kann, den einzelnen Aerzten solche Verordnungen zuzustellen; doch ist zuzugestehen, dass auch durch die Fassung der Vorsitzenden der Aerztekammerausschüsse derselbe Zweck erstrebt wird und es im Interesse der Einstimmigkeit der Aerztekammerbeschlüsse vielleicht wünschenswerth wäre, der Modification den Vorzug zu geben. Da jedoch nach reiflicher Ueberlegung und Vorbesprechung der Weg der Einzelzusendung durch die zuständigen Districtspolizeibehörden als der einfachere und leichter gangbare erscheint, so bitte ich, auch dem II. Absatze in der ursprünglichen Fassung des Bezirksvereins München unter Einsetzung der Worte: „durch die zuständige Districtspolizeibehörde" Ihre Zustimmung zu ertheilen.

Der Antrag hat somit folgenden Wortlaut:

„Die oberbayerische Aerztekammer wolle an die k. Staatsregierung die Bitte richten, dass alle wichtigeren neu zu erlassenden Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzt durch Vermittelung der zuständigen Districtspolizeibehörde durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss gebracht werden."

K. Regierungscommissär Kreismedicinalrath Dr. Messerer: Ich muss gegen den Antrag mehrfache Bedenken zum Ausdruck bringen. Zunächst halte ich dessen Ausführung für unmöglich. Wir haben in Bayern 2600 Aerzte. Nicht selten ist der Aufenthaltsort Einzelner unbekannt. Selbst die ärztlichen Bezirksvereine haben manchmal längere Zeit keine Kenntniss.

Wenn sich die k. Staatsregierung darauf einliesse, dem Antrage stattzugeben, so würde dadurch die Verantwortlichkeit des einzelnen Arztes den Gesetzen gegenüber bis zu einem gewissen Grad vermindert werden. Man würde dann bei Verfehlungen gegen Gesetze oder Verordnungen gewiss sehr häufig dem Einwand begegnen, dass dem Arzt die Verordnung nicht mitgetheilt worden sei und er derselben daher nicht nachkommen konnte. Der Staat kann sich unmöglich die Aufgabe stellen, jedem Einzelnen die erscheinenden Gesetze zur Kenntnissnahme vorzulegen, sondern er veröffentlicht sie und Sache des Einzelnen ist es, sich mit denselben vertraut zu machen.

Auch auf die Consequenzen möchte ich aufmerksam machen, welche einem Verfahren, wie es der Antrag wünscht, sich ergeben würden.

Was die Aerzte wollen, könnten auch die verschiedensten anderen Kategorien, Künstler, Gewerbetreibende u. s. w., schliesslich jeder einzelne Staatsbürger verlangen; dass dem zu entsprechen einfach unmöglich wäre, ist selbstredend. Und nach welchen Principien sollen die wichtigeren Verordnungen, deren Mittheilung an jeden Einzelnen gewünscht wird, von den weniger wichtigeren geschieden werden?

Die besprochenen Mittheilungen der Münchener Polizeidirection betrafen nur einzelne für dieselbe sehr bedeutsame Erlasse. Auch den Wunsch, dass der Staat den Bezirksvereinen die erscheinenden Gesetze zustellen soll, halte ich nicht für erfüllbar. Anderen Vereinigungen werden Gesetze und Verordnungen ebenfalls nicht besonders mitgetheilt, dagegen würde ich es für eine schöne und wichtige Aufgabe der ärztlichen Bezirksvereine erachten, dass sie ihre Mitglieder mit dem jeweiligen Stande der Medicinalgesetzgebung thunlichst vertraut machen.

Dr. Crämer: Es besteht doch ein wesentlicher Unterschied zwischen dem einfachen Staatsbürger und dem Arzt. Selbstredend muss man von jedem Staatsbürger verlangen, dass er sich die nöthigen Gesetzeskenntnisse verschafft und wir wissen ja auch, dass Niemand vor Gericht z. B. sich darauf hinausreden kann, er habe die gesetzliche Vorschrift nicht gekannt. Bei den Verordnungen, welche speciell die Aerzte betreffen, handelt es sich vorzugsweise nicht um solche, die den Arzt persönlich angehen, und sich auch nicht direct auf Ausübung seines Berufes beziehen, sondern um solche, welche im Interesse der Allgemeinheit erlassen werden. Sollen wir in der Lage sein, diesen Verordnungen nachzukommen und so dem allgemeinen Wohle zu dienen, so müssen wir rechtzeitig vom Erlass der Verordnungen in Kenntniss gesetzt werden; nur dann können wir die Regierung bei der Durchführung dieser Verordnungen unterstützen. So hätte eigentlich die Staatsregierung ein viel grösseres Interesse, uns mit solchen Verordnungen rechtzeitig bekannt zu machen, als wir selbst.

K. Regierungscommissär Kreismedicinalrath Dr. Messerer weist darauf hin, dass beispielsweise bei der Fabrikgesetzgebung die gleichen Verhältnisse bestehen. Auch Fabrikvorstände haben gesetzliche Verpflichtungen den Arbeitern und der Allgemeinheit gegenüber und erhalten bei Aenderung oder Neuerlass von Gesetzen und Vorschriften keine speciellen Mittheilungen.

Dr. Wohlmuth gibt zu, dass es nur ein Wunsch ist, der hier ausgedrückt werden soll, und betont, dass es sich nicht um die Thätigkeit des Arztes in seinem Erwerbsleben, sondern vielmehr um staatliche, hygienische und prophylaktische Maassregeln handelt, für deren Erfüllung ein möglichst wohlwollendes Vorgehen nur von Nutzen sein kann.

Dr. Näher: Die Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse sind dahin übereingekommen, dass dieser Antrag heute in sämmtlichen Aerztekammern zur Berathung gelangt.

Bei der Abstimmung gelangt der Antrag des ärztlichen Bezirksvereins mit dem vom Referenten beantragten Zusatze „durch Vermittelung der zuständigen Districtspolizeibehörde“ mit 14 Stimmen (bei 19 Abstimmenden) zur Annahme.

Ad. 8. Antrag des ärztlichen Bezirksvereins München (im Anschluss an den gleichlautenden Antrag des ärztlichen Bezirksvereins für Nordschwaben).

Es sei an die k. Staatsregierung die Bitte zu richten:

„Es möge die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen, wie die praktischen Aerzte, Bezahlung von den zuständigen Armenpflegen zu erlangen.“ Berichterstatter: Dr. Adolf Müller-München.

Dr. Adolf Müller: Der Antrag, die vielfach lästige und drückende Bestimmung, wonach die Bezirksärzte die Armen ihres Bezirkes vermöge ihres Amtes unentgeltlich zu behandeln haben, aufzuheben, ist schon vielfach auf der Tagesordnung der bayerischen Aerztekammern gestanden.

Die Bestimmung stammt aus einer churbayerischen Verordnung vom 28. October 1803, hat also nahezu das ehrwürdige Alter von 100 Jahren erreicht. Nicht weniger als 11 mal wurde in der Aerztekammer, so viel mir bekannt ist, der gleiche Antrag gestellt; in den Jahren 1872, 1873, 1874, 1879, 1887 und 1888 und zwar schon in allen Kammern; überall wurde der Antrag zum Beschluss erhoben, nur Niederbayern erklärte sich dagegen, aber die Gründe sind aus dem Protokoll nicht zu ersehen. Im Jahre 1887 hatte ich die Ehre, in der mittelfränkischen Kammer den gleichen Antrag zu begründen und da doch den meisten der heute anwesenden Herren Collegen von den früheren Verhandlungen wenig bekannt sein wird, möge es mir erlaubt sein, mehrfach auf meine damaligen Auseinandersetzungen zurückzukommen.

Schon der Umstand, dass der gleiche Antrag fast überall Anklang fand, dürfte ein Beweis sein, dass er berechtigt ist, doch hat sich die k. Staatsregierung bis jetzt consequent auf einen ablehnenden Standpunkt gestellt mit dem Bescheid:

„Die Verpflichtung der amtlichen Aerzte zur unentgeltlichen Behandlung der Armen ihres Bezirkes gründet sich nicht auf die Vorschriften der Armengesetzgebung, sondern auf die hiervon unabhängigen Bestimmungen über die dienstlichen Verhältnisse der Amtsärzte, zu deren Aenderung zur Zeit kein genügender Grund gegeben ist.“

Bei den Anträgen von 1873 finde ich im Verbescheid gar keine specielle Antwort und bei dem letzten 1879 aus der Pfalz heisst es nur es seien Erhebungen zu pflegen über die Zahl der Gemeinden oder Orte in der Pfalz, in welchen Armenärzte angestellt seien. Einige Ministerialerlasse scheinen dem allgemeinen Verlangen entgegen zu kommen, doch eine glatte Aufhebung der Verordnung schien bis jetzt nicht opportun.

Durch Ministerialentschliessung vom 16. Juni 1839 wurde bereits ausgesprochen, dass Bewilligung eines mässigen Honorars von Seiten der Armenpflege an die genannten Aerzte in jenen Fällen, in denen Billigkeitsgründe vorhanden sind, nicht als unzulässig betrachtet werden könne.

Höchste Ministerialentschliessung vom 4. December 1882 „betr. die Verhandlungen der Aerztekammer in der Pfalz, hier die ärztliche Behandlung armer Kranker.“ — Das k. Staatsministerium sieht sich veranlasst, darauf aufmerksam zu machen, dass zwar den k. Bezirksärzten die unentgeltliche Behandlung der armen Kranken ihres Amtsbezirkes obliegt, jedoch selbstverständlich nur in dem Maasse, als dies ohne Beeinträchtigung ihrer übrigen dienstlichen Obliegenheiten möglich ist und dass „eine Verpflichtung für den Staat, den Gemeinden die unentgeltliche Behandlung ihrer armen Kranken zu gewährleisten, nicht besteht.“

Als das geeignetste Mittel, den bezeichneten Verpflichtungen nachzukommen, erscheint das Institut der Armenärzte etc. und zwar auch in denjenigen Gemeinden, in welchen sich der Sitz eines Bezirksarztes befindet, da gerade in diesen in der Regel meist volkreicheren Bezirken die Armenpraxis eine erhebliche Belastung für den betreffenden Arzt mit sich bringt.

Der Bescheid des Ministeriums auf den einstimmig gefassten Beschluss der mittelfränkischen Aerztekammer im Jahre 1887 lautet unter dem 10. Juli 1888 folgendermaassen:

„Es liegt kein Bedürfniss vor, die Allerhöchste churfürstliche Verordnung vom 28. October 1803 in Ziffer 2, Absatz 2, die Bestimmung und Besoldung der Landgerichtsärzte betr., durch besondere Verfügung ausser Wirksamkeit zu setzen, da die Behandlung der der Armenpflege zufallenden Kranken in der bei Weitem grösseren Mehrzahl durch vertragsmässig beigezogene Aerzte oder Amtsärzte besorgt wird.“

Man könnte vielleicht auch der gegentheiligen Meinung sein, dass es an der Zeit wäre, eine Verordnung aufzuheben, die in nicht mehr vielen Orten Geltung hat, aber dort sehr drückend empfunden wird. Ich will nicht davon reden, dass die Verordnung unter ganz anderen Verhältnissen gegeben wurde, will auch den Kreis der Verpflichtungen eines Bezirksarztes von heute im Vergleich zu 1803 nicht weiter erörtern. Auch das will ich nur ganz kurz erwähnen, dass die Bestimmung in ihrem ganzen Umfang längst nicht mehr durchgeführt werden kann.

Nach meinen damaligen Erhebungen in Mittelfranken war die Verordnung noch in 3 amtsärztlichen Bezirken in Anwendung und zwar so ausgiebig, dass auf einen Bezirk im Jahre 400 Besuche fielen. Wie es sich seitdem dort gestaltet, weiss ich nicht. Ich habe aber in Oberbayern Umfrage gehalten bei allen 23 Bezirksärzten mit Ausnahme der Münchener. Von 22 Collegen habe ich Antwort erhalten und es geht daraus hervor, dass — wie zu erwarten war — in den städtischen Gemeinwesen überall besondere Armenärzte aufgestellt sind. Auch in einigen ländlichen Bezirken ist die Behandlung der Armen vollständig geordnet und organisirt, wobei einerseits aber in Betracht kommt, dass die Zahl der Armen überhaupt gering ist und eine grosse Anzahl von Krankenhäusern existirt, viel mehr, als es nach meinen Erfahrungen in Mittelfranken der Fall ist.

Es sind 9 Collegen, die von Zumuthungen, welche sich auf die alte Verordnung gründen, ganz befreit bleiben. Einer meint freilich, die Ortschaften seien zu weit von seinem Wohnsitz und den Gemeinden sei die churbayerische Verordnung nicht mehr bekannt. Ein College bekommt als Aversum für die Armenpraxis seines Wohnortes das Aversum von 61,88 M.; 2 Collegen erklären, sie seien zu kurz an ihrem Wohnsitz und haben noch keine Erfahrung; dagegen melden 2 Collegen, die Verordnung stehe bei ihnen noch in voller Kraft, der eine macht die Bemerkung, dass dergleichen Besuche meist bei Nacht verlangt werden, und schätzt die jährliche Durchschnittszahl auf 80—100. Der andere hat genaue Aufschreibungen über die Armenpraxis und hat in 10 Jahren 1987 Besuche gemacht.

Weiter theilen 9 Collegen mit, dass von der Verordnung noch zum Theil Gebrauch gemacht werde, und zwar nur in ihrem Ort geschieht dies bei 4 Bezirksärzten; die Angaben über die Zahl der jährlichen Besuche schwanken zwischen 10 bis 30.

Bei 3 Collegen erstreckt sich die Hilfeleistung nur auf die Umgebung, da in loco ein Armenarzt sich befindet. Hier werden 70—140 Besuche jährlich angegeben. In 2 Bezirken endlich wird noch für den Wohnort und die Umgebung zum Theil die unentgeltliche Armenpraxis gefordert mit 40—200 jährlichen Dienstleistungen, wobei namentlich die Kostkinder, die von auswärts dort wohnen, eine grosse Zahl ausmachen.

Uebereinstimmend melden die Collegen, dass nur die Unkenntniss der Gemeinden sie vor öfterer Belästigung schütze oder sie nur dann nicht geholt werden, wenn der Fuhrlohn mehr ausmache als die Forderung eines benachbarten Arztes.

Mit dieser Enquête ist nachgewiesen, dass fast bei der Hälfte der oberbayerischen Bezirksärzte die Verordnung zum Theil noch gehandhabt wird und dass es nur äussere Ursachen sind, welche eine noch häufigere Inanspruchnahme von Seite der Gemeinden hintanhalten. Es ist gewiss kein würdiger Zustand, wenn man von der Verordnungsunkenntniss und der Noblesse der Gemeinden abhängig ist. Als Curiosum will ich anführen, dass ein College meldet, die Armenpflege München verweigere bei einem von ihr alimentirten Kostkinde im Hinweis auf die genannte Verordnung die Bezahlung und ich füge hinzu, „mit Recht“, denn warum soll sie von einem Beneficium nicht Gebrauch machen?

Es mag noch erwähnt werden, dass in anderen deutschen Ländern keinerlei ähnliche Belastungen der Amtsärzte bestehen. In vielen Staaten, so in Preussen, im Reichsland, in Baden, sind die Gemeinden verpflichtet, besondere Armenärzte aufzustellen. In Baden wurde die Verpflichtung der Amtsärzte zur freien Behandlung der Armen mit der neuen Gesetzgebung ausdrücklich aufgehoben.

Ich führe noch an, dass die Gemeinden, die in der Nähe von Bezirksärzten wohnen, bei der allgemeinen Durchführung der Verordnung einen grossen Vorzug vor anderen voraus hätten, das Beneficium der unentgeltlichen Armenärzte: namentlich wären sie vor jenen Orten bevorzugt, die bei Einziehung der Bezirksärzte II. Classe nur einen bezirksärztlichen Stellvertreter in der Nähe haben, dem sie keine derartigen Zumuthungen machen können.

Ich glaube daher hinreichend motivirt zu haben, dass es nur gerechtfertigt ist, wenn die oberbayerische Aerztekammer meinen Antrag zum Beschluss erhebt:

Es sei an die k. Staatsregierung die Bitte zu richten:

„Es möge die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben, und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung, unter den gleichen Bedingungen wie die praktischen Aerzte, Bezahlung von den zuständigen Armenpflegen zu verlangen.“

Ich darf die Hoffnung aussprechen, dass bei einhelliger Annahme des Antrages durch alle Aerztekammern die k. Staatsregierung sich doch vielleicht veranlasst fühlt, den allseitigen Wünschen nachzukommen.

Der Antrag wird nach kurzer Discussion, an welcher sich die Herren Dr. Vierling, Limmer und Crämer in zustimmendem Sinne, sowie der Referent betheiligen, einstimmig angenommen.

Ad 9. a) Antrag des ständigen Ausschusses, betreffend den Beschluss vom vorigen Jahr in Bezug auf Beginn des Schuljahres in den Volks-

schulen mit dem Sommersemester. b) *Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Augsburg:* „*Der Beginn des Unterrichtes an den beiden untersten Schulclassen möge für die Wintermonate im ganzen Königreich auf 9 Uhr Vormittags verlegt werden.*“ Berichterstatter: Dr. *Oberprieler*-Freising.

Dr. *Oberprieler* (ad a): Hochgeehrte Herren! Ihr vorjähriger einstimmiger Beschluss, den gegenwärtigen Antrag heuer sämmtlichen bayerischen Aerztekammern zur Berathung und eventuellen Beschlussfassung zuzuführen, lässt von Ihrer Seite auf eine günstige Aufnahme dieses Antrages hoffen. Diese Wohlgeneigtheit entspringt voraussichtlich der Anschauung, dass die erste Zeit des Schulbesuches dem Kinde einerseits von seinen bisherigen Gewohnheiten Manches nimmt, was zu seinem guten Gedeihen beigetragen, andererseits aber Manches auferlegt, was nicht jedes auch vollaltrige Kind ohne Weiteres unbeschädigt zu überwinden im Stande ist.

Diese Ihre Geneigtheit entspringt wohl aus der Anerkennung der Thatsache, dass der Schulbesuch — und hauptsächlich die erste Zeit desselben — gar oft Veranlassung ist zu einer Hemmung in der Entwicklung des Kindes. Sie halten es voraussichtlich für zweckmässig, wenn nicht für geboten, *eine hygienisch möglichst günstige Uebergangsweise für das Anfangsschulkind* anzustreben, um ja auch den etwa weniger widerstandsfähigen Kindern die überaus grosse Wohlthat des Schulunterrichtes ohne Störung und Unterbrechung zu sichern.

Gestatten Sie nun, hochgeehrte Herren, einen Blick auf die erste Schulwirkung in gesundheitlicher Beziehung und einen kurzen Versuch zur Darlegung des Unterschiedes hierin bei Herbst- und bei Frühjahrsanfang.

Dem neuen Schulkinde fällt es zunächst schwer, zweimal im Tage für ca. 2 Stunden ruhig sitzen zu sollen. Es hat bisher seine Muskeln in unbewusster Bethätigung einer zweckmässigen Abwechslung gebraucht. Nun soll es mancher Gruppe derselben z. B. den Rumpfmuskeln eine Dauerleistung auferlegen, da es ruhig und in guter Haltung sitzend verharren soll. Weiter soll nun das Kind seine Aufmerksamkeit dem Lehrer zuwenden; es muss lernen, nebenhergehende Sinneseindrücke unbeachtet zu lassen; es muss seine geistigen Fähigkeiten gebrauchen lernen. Für's dritte muss es nun — und häufig wohl zum ersten Male für längere Zeit — die Luft eines relativ mehr oder weniger überfüllten Raumes athmen.

Diese 3 Factoren — nach den noch reichlich vorhandenen weiteren soll gar nicht gesucht werden — diese 3 Factoren führen natürlich Anfangs zu baldiger Ermüdung, welche bei *täglicher Wiederkehr ohne gründliche Erholung* die Thätigkeit der Körperorgane verlangsamen, den Stoffwechsel und die Esslust vermindern und so die körperliche Entwicklung in mehr oder weniger hohem Grade, local und allgemein, hemmen wird.

Es wird sich nun erweisen lassen, dass die zur Verhütung dieser Entwicklungshemmung nothwendige gründliche Erholung von einem Tage zum anderen beim Herbstanfange weniger wahrscheinlich, weniger möglich ist. Mit dem fortschreitenden Rückgange der Temperatur werden zu Hause und in der Schule die Fenster weniger geöffnet; das Heizen beginnt; die Luft im Raum wird trockener. Das Kind wird mit Kleidern mehr beschwert; seine Haut wird häufig weniger, vielleicht ganz wenig gepflegt. Es findet bei der fortschreitenden Abnahme der Tageslänge immer weniger und weniger Gelegenheit für einen genügenden Ausgleich zwischen sonst und jetzt. *Es findet keine Gelegenheit, die heutige Ermüdung und ihre hemmenden Einflüsse* bis morgen los zu werden. Es kommt morgen Früh noch weniger widerstandsfähig in die Schule, als es heute gekommen ist. Da erweist sich der Frühjahrsanfang denn doch viel günstiger. Da fallen alle diese Verschlimmerungen der hygienischen Verhältnisse in Haus und Schule weg. Das Kind kann vor und nach der Schule im Freien wieder die Glieder recken, die jungen Lungen weiten, baden u. s. w. Es kann von einem Tage zum andern alle Ermüdung abschütteln. Wohl lässt sich ja einwenden, dass auch die Sommerhitze ermüde. Wir zählen aber bei uns noch nicht so viele heisse Wochen für das Sommersemester, als Monate mit aller Ungunst des Winters. Und die Einwirkung der Sonne auf Menschen und Räume zählt doch wohl auch mit, und der Schwerpunkt liegt wahrlich in der Möglichkeit, *jeden Tag gründliche Erholung einschalten zu können.*

Durch den Frühjahrsanfang wird die neue körperliche Belastung förmlich in 2 Theile zerlegt, einen leichteren Sommer- und einen schwereren Wintertheil. So kann sich das Kind den neuen Verhältnissen *allmählich* anpassen. Zum Beweise soll aus den verschiedenen hieher gehörigen Störungen eine Form herausgegriffen werden, die habituelle Skoliose. Es ist auffallend genug, dass sie, wie bekannt, fast nie vor dem 7. Lebensjahre, dem ersten Schuljahre, gefunden wird, dass aber in den häufigsten Fällen ihr Anfang und ihr Entstehen in dieses und die nächsten Schuljahre zurückzuführen ist. Es ist auffallend genug, dass sie häufiger unter den Kindern der Stadtschulen, als der Landschulen, und in den Stadtschulen wieder häufiger bei den Mädchen als bei den Knaben angetroffen wird. Ihre Häufigkeit ist also um so grösser, je mehr die Kinder im Zimmer sitzen, je weniger die Kinder die Einwirkungen des Zimmersitzens auszugleichen im Stande sind. Sieht man sich den Anfangsschüler darauf an, so ergibt sich die Begründung hiefür ohne Weiteres. Das Kind sitzt gewöhnlich in einer Bank so hoch, dass die Beine nicht bis auf den Boden reichen, der Rücken ist nicht genügend gestützt; die Pultfläche ist relativ zu weit vom Sitze abstehend. Es dauert nicht lange, so hat das Kind die bekannte Ermüdungshaltung angenommen. Der rechte Arm, der ja doch schon manches auf der Pultfläche zu thun hat, sorgt dafür, dass ja die einzelnen Abweichungen immer nach der gleichen Richtung eintreten. Wenn nun nicht durch Bewegung und Tummeln im Freien, durch gründliche Allgemeinerholung für tüchtigen Ausgleich gesorgt wird; wenn vielmehr noch die Esslust zurückgeht, wenn der Winterbrauch die Zimmerluft verschlechtert, so ist durch ungünstige Belastung — Ermüdungshaltung — und durch gleichzeitige locale und allgemeine Mindereruährung eine dauernde Verbildung der Wirbelsäule und des Brustkorbes mit all' ihren schlimmen Einflüssen auf die Organe der Brust, ja auch der Bauchhöhle wohl unvermeidlich. Das ist *ein* Beispiel aus dem Reiche der augenfälligen Hemmungen. Wer aber zählt die Fälle *allgemeiner* Entwickelungsstörungen und Hemmungen, welche nur zu oft den Grund zu einer für das ganze Leben nachwirkenden Schwäche legen? — Natürlich will nicht gesagt werden, dass der Schulanfang im Herbste die *alleinige* Ursache solcher Dinge ist. Sicher ist es aber *eine* und nicht die geringste von ihnen, und diese Ursache hat vor anderen ungünstigen Einflüssen *das* voraus, dass sie auf dem Verordnungswege beseitigt werden könnte.

Meine hochgeehrten Herren! Der Antrag setzt voraus, dass das Mindestalter für den Schuleintritt auf 5 Jahre und 9 Monate festgelegt werde; das muss betont werden; dass ihm manches Hinderniss entgegensteht, lässt sich nicht verkennen. Ein Theil der bestehenden Schulordnung müsste geändert werden; der zukünftige Uebertritt in eine Mittelschule würde für so manches Kind etwas verschoben; vielleicht hätte auch eine kleine Aenderung in den Ferien einzutreten. Alles Dinge, die bald gewöhnt werden. Und was will es noch bedeuten, gegen die Möglichkeit, jedes Jahr auch nur einigen Kindern mehr zur ungestörten Weiterentwicklung, zum ungestörten Unterrichtsgenusse zu helfen?

An der Ausführbarkeit des Antrages kann nicht gezweifelt werden, da ja schon fast alle bayerischen Landschulen den hier gewünschten Schulanfang haben.

Sollte es gelingen, die k. Staatsregierung von dem Nutzen des Antrages für das Gedeihen der Kinder zu überzeugen, so würde der Erfolg gesichert sein.

So ersuche ich Sie denn, hochgeehrte Herren, um Ihre günstige Zustimmung zu dem Antrage:

> „Es sei an die k. Staatsregierung die Bitte zu stellen, sie wolle im Interesse der Kinder des ersten Jahrganges für *alle* bayerischen Volksschulen den Beginn des Schuljahres auf den Sommersemesteranfang festsetzen.“

Der Antrag wird ohne vorhergegangene Discussion mit 13 *gegen 6 Stimmen* angenommen.

Ad b. Die Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der Aerztekammern haben bei ihrer Vorbesprechung in Nürnberg nachstehendem Antrag des ärztlichen Bezirksvereins Augsburg ihre Zustimmung gegeben:

> „Der Beginn des Unterrichts an den beiden untersten Schulclassen möge im ganzen Königreich für das Wintersemester auf 9 Uhr gelegt werden.“

Dr. *Oberprieler*: Hochgeehrte Herren! Dieser Antrag trägt seine Begründung in sich selbst und er erscheint wohl auch durch Manches vom eben vorausgegangenen Gesagten vollauf begründet. Wenn es wahr ist, und es kann nicht wohl bezweifelt werden, dass das Schulkind besonders im Winter ordentlich ermüdet, so ist es für dasselbe sicher eine grosse Wohlthat, ordentlich ausschlafen zu können, mit Toilette und Frühstück nicht gar zu sehr eilen und nicht schon fast vor Sonnenaufgang in den nebeligen, kalten Wintermorgen hinaus zu müssen, vielleicht bevor der letzte Schnee für die kurzen Beine genügend niedergetreten ist. Wenn das Kind schon um 8 Uhr in der Schule sein muss, wie leicht kommt so ein kleiner Mensch ein wenig zu spät heraus und muss nun in seinen warmen Winterkleidern eilen, um noch rechtzeitig eintreffen zu können! Wie leicht nehmen da seine Athemorgane Schaden! Eine Stunde später macht an einem kalten oder regnerischen Wintermorgen doch schon etwas aus. — Wenn man sich so einen Decembervormittag mit seiner langen Dämmerung vorstellt, so denkt man sich den Schulanfang doch wohl bloss wegen der Schulen mit dreistündigem Vormittagsunterricht auf 8 Uhr angeordnet, und für solche mit 2 Vormittagsstunden erscheint der Anfang um 9 Uhr ohne Weiteres viel zweckmässiger. Eine solche Verschiebung kann auch kaum besonders schwierig auszuführen sein. Allerdings verliert dadurch die Mittagspause an Länge. Voraussichtlich wird es aber möglich sein, bei der grösseren vormittägigen Leistungsfähigkeit der gut ausgeruhten Kinder auch mit einer geringeren Inanspruchnahme der Schüler an Nachmittagen das vorgeschriebene Semesterpensum doch zu erreichen.

Der vorliegende Antrag möge Ihre geneigte Zustimmung finden.

Auch über diesen Antrag findet keine Discussion statt und wird derselbe *mit 18 gegen 1 Stimme* angenommen.

Ad 10. *Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Traunstein-Reichenhall, betreffend die Erhöhung der Leichenschaugebühren.* Berichterstatter Hofrath Dr. *Rapp*-Reichenhall.

Dr. *Rapp*: Der Antrag des Aerztlichen Bezirksvereins Traunstein-Reichenhall lautet:

„Die oberbayerische Aerztekammer stellt an die k. Staatsregierung das Ersuchen, die in den oberpolizeilichen Vorschriften vom 20. November 1885 festgesetzten ärztlichen Leichenschaugebühren einer Revision unterziehen und den Zeitverhältnissen entsprechend erhöhen zu wollen."

Nach den oberpolizeilichen Vorschriften vom 20. Nov. 1885 betragen bekanntlich die Gebühren für die ärztlichen Leichenschauer am Wohnorte für die I. Leichenschau 1 M. und für die II. Leichenschau 50 Pf.

Diese letztere Gebühr ist es namentlich, welche die Collegen beanstanden und es als eine Unbilligkeit erachten, dass in jetziger Zeit eine ärztliche Dienstleistung, welche mit der Entfernung des Arztes aus seiner Wohnung verbunden ist, mit 50 Pf. entlohnt wird. Die Vornahme der Leichenschau ist eine so wichtige Function, dass Wissenschaft und Staat das grösste Interesse daran haben müssen, dass die Leichenschau ausschliesslich in den Händen der Aerzte ruhe und nicht den Badern und Laien überlassen werde. Jeder, der je mit Mortalitätsstatistik beschäftigt war, weiss nur zu gut, welcher Werth den nur von Laien in die Leichenschauscheine eingesetzten Diagnosen beizulegen ist, und ich brauche wohl nicht näher auszuführen, wie wichtig die ausschliesslich ärztliche Leichenschau in sanitätspolizeilicher Hinsicht ist. Wenn aber auf die Ausübung der Leichenschau durch die Aerzte so grosser Werth zu legen ist, so erfordert wohl auch die Billigkeit, dass denselben für diese wichtige Leistung eine einigermaassen entsprechende Gebühr gewährt und wenigstens für die II. Leichenschau derselbe Satz, wie für die I. bewilligt werde.

Es könnte hier eingewendet werden, dass an Orten, an denen kein Leichenhaus sich befindet, nur eine einmalige Leichenschau vorgeschrieben sei, und damit eigentlich die beanstandete 50 Pf.-Gebühr wegfalle; wo aber Leichenhäuser bestehen, seien doch meistens mehr Leichenbesichtigungen auf einmal vorzunehmen und der Arzt komme dann auf diese Weise auf seine Kosten. Bei diesen Einwänden wird jedoch übersehen, dass an vielen kleinen Orten Leichenhäuser bestehen, in welchen selten mehr als eine Leichenschau auf einmal zu machen ist. Für grösere Städte freilich mag dieses Verhältniss ein anderes sein, aber gerade für einzelne grosse Städte sind von der k. Staatsregierung höhere Leichenschaugebühren bewilligt worden, da nach den obenerwähnten oberpolizeilichen Vorschriften es dem k. Staatsministerium überlassen bleibt, bei besonderen örtlichen Verhältnissen eine Erhöhung der Gebühr eintreten zu lassen. Diese ausnahmsweise zugestandene Erhöhung dürfte wahrscheinlich nicht vielen Orten gewährt werden und desswegen im grossen Ganzen für kleinere Orte nicht in die Wagschale fallen; würde sie vielen Orten zugestanden, so wäre dieses im Effect ziemlich gleichbedeutend mit der angestrebten Erhöhung, welche doch einfacher durch eine generelle Verordnung festgesetzt würde.

Auch der Gebührensatz für eine ärztliche Leichenschau ausserhalb des Wohnsitzes des Arztes mit 30 Pf. für je 1 km des Hin- und Rückweges bis zum Maximalbetrag von 4 M. ist zu niedrig bemessen und deckt häufig bei grösseren Entfernungen z. B. im Gebirge nicht einmal die Fuhrkosten.

Wenn eine Erhöhung der Leichenschaugebühren desswegen Bedenken erregen sollte, weil die Kosten auch von einer grossen Zahl wenig bemittelter Personen getragen werden müssen, so könnte ja durch Zuschüsse aus gemeindlichen oder staatlichen Mitteln Abhilfe geschafft werden; jedenfalls erscheint es nicht billig, bei dieser wichtigen Dienstleistung lediglich auf die Opferwilligkeit der Aerzte zu rechnen.

Schon im Jahre 1886 wurde von der oberpfälzischen Aerztekammer ein Antrag auf Erhöhung der Leichenschaugebühren gestellt und durch folgenden Ministerialerlass vom 22. Juli 1887 verbeschieden:

„Der Antrag auf Erhöhung der in § 12 der oberpolizeilichen Vorschriften vom 20. November 1885 über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung festgesetzten Gebühren ist, da es nach so kurzer Zeit der Wirksamkeit dieser Vorschriften noch an hinreichenden Erfahrungen mangelt, als verfrüht zu erachten. Dabei wird übrigens das k. Staatsministerium des Innern nicht unterlassen, dieser Anregung der Aerztekammer seine Aufmerksamkeit zuzuwenden."

Inzwischen sind 13 Jahre verflossen und ich brauche wohl nicht näher ausführen, wie sich während dieser Zeit die Verhältnisse geändert haben und das Leben theurer geworden ist. Verfrüht dürfte also unser Antrag jetzt keinesfalls mehr erscheinen, im Gegentheil, es dürfte wohl an der Zeit sein, neuerdings einen diesbezüglichen Antrag bei der k. Staatsregierung zu stellen.

Dieser Antrag würde zugleich eine Ergänzung der in den letzten Jahren von den Aerztekammern bezüglich einer Revision der ärztlichen Gebührenordnung, sowie der Gebühren für ärztliche Amtsgeschäfte gestellten Anträge bilden; wenn auch die Gebühren für die ärztliche Leichenschau in einer oberpolizeilichen Vorschrift und nicht in der Gebührenordnung niedergelegt sind, so bleiben sie doch immer eine Gebühr für eine ärztliche Dienstleistung und auch hier wünschen die Aerzte dringend eine zeitgemässe Erhöhung und vor Allem die Beseitigung der Minimaltaxe von 50 Pf.

Ich möchte desshilb bitten, obigem im Auftrag meines Bezirksvereins gestellten Antrage zustimmen zu wollen.

Der Antrag findet ohne vorhergegangene Discussion einstimmige Annahme.

Ad. 11. Antrag des ärztlichen Bezirksvereins Ebersberg-Miesbach-Rosenheim, betreffend die Veröffentlichung des Sitzungsprotokolls. Berichterstatter: Dr. Burkart-Rosenheim.

Dr. Burkart: Das bayerische ärztliche Correspondenzblatt hat sich die lobenswerthe Aufgabe gestellt, durch eingehende Berichterstattung über die Thätigkeit der ärztlichen Bezirksvereine einen regeren Verkehr zwischen diesen anzubahnen und die Lösung der Aufgaben und Ziele der Standesvereine dadurch zu fördern. Um dem Blatt dafür eine Anerkennung zum Ausdruck zu bringen und seine Bestrebungen zu unterstützen, stellt der Aerztliche Bezirksverein Ebersberg-Miesbach-Rosenheim, der das genannte Blatt zu seinem Organ bestimmt hat und für seine sämmtlichen Mitglieder dasselbe von vereinswegen obligatorisch hält, den Antrag:

„Die oberbayerische Aerztekammer wolle beschliessen, dass ihr Sitzungsprotokoll in Zukunft auch im bayerischen ärztlichen Correspondenzblatt zur Veröffentlichung gelangen soll."

Kassier Dr. Gruber stimmt dem Antrage unter der Voraussetzung zu, dass ausser für die Fertigung einer weiteren Abschrift des Protokolls keine Kosten erwachsen dürfen.

Der Antrag wird von 17 anwesenden Delegirten einstimmig angenommen. (Dr. Adolf Müller-München und Dr. Härtl waren während der Berathung dieses Antrags aus dem Saal abberufen worden.)

Ad. 12. Antrag des ärztlichen Bezirksvereins Ingolstadt-Pfaffenhofen, betreffend die Aufbewahrung der Leichenschauscheine und der Leichschauregister. Berichterstatter: Dr. Vierling-Ingolstadt.

Dr. Vierling: Der Aerztliche Bezirksverein Ingolstadt-Pfaffenhofen stellt den Antrag:

„Die oberbayerische Aerztekammer wolle an die k. Staatsregierung das Ersuchen stellen, die Bestimmung, dergemäss die Leichenschauscheine 20 Jahre lang in der ärztlichen Registratur aufbewahrt werden sollen, dahin zu modificiren, dass behufs Ermöglichung einer fortlaufenden künftigen Ortsmortalitätsstatistik statt der losen, schwer zu handhabenden Leichenschauscheine die Leichenschauregister nach Revision durch die Amtsärzte der amtsärztlichen Registratur einverleibt werden sollen."

Zur Begründung dieses Antrages möchte ich in Kürze Folgendes erwähnen:

In der Mortalitätsstatistik der amtsärztlichen Jahresberichte werden die Todesursachen, Alter, Geschlecht und Jahreszeit, der Verwaltungsbezirk, nicht aber die einzelnen Orte berücksichtigt, obwohl nicht geleugnet werden kann, dass ein Aufschluss über die Sterblichkeitsverhältnisse einzelner Orte nicht selten sehr erwünscht werden kann. Also über den procentualen Antheil einzelner Orte an der Gesammtsterblichkeit, über das örtliche Verhalten mancher Krankheiten, wie Krebs, Tuberculose u. a., gewähren die Jahresberichte keinen Anhalt, nur die Leichenschauscheine, welche 20 Jahre lang aufbewahrt werden sollen, bilden während dieses Zeitraumes die ausschliessliche Fundgrube hierfür; nach ihrer Vernichtung ist das statistische Material für eine Ortsmortalitätsstatistik definitiv verloren. Die Schwierigkeit, die losen Scheine, besonders in grossen Bezirken, in Ordnung zu halten und ihnen gegbenen Falles die gewünschten Angaben zu entnehmen, lassen den Werth der längeren Aufbewahrung derselben sehr zweifelhaft erscheinen; für die Zwecke der Justiz und des Versicherungswesens, welche auf den documentären Charakter der Scheine reflectiren, dürfte eine kürzere Zeitperiode von etwa 5 Jahren genügen. Das ganze Material für eine Orts- bezw. Familienmortalitätsstatistik bleibt ohne jede Mühe und unter gleichzeitiger Umgehung der erwähnten Schwierigkeiten erhalten, wenn die Leichenschauregister, welche die Leichenschauer am Jahresschlusse ohnehin an den Amtsarzt abzuliefern haben, nach Revision durch Letzteren, gesammelt und nach Jahrgängen geordnet der amtsärztlichen Registratur einverleibt und für eine grosse Zeitperiode, vorläufig für mindestens 50 Jahre dort aufbewahrt werden.

K. Regierungscommissär, Medicinalrath Dr. Messerer: Von der Aufbewahrung der Leichenschauscheine kann unter keinen Umständen abgesehen werden, da sie Urkunden darstellen, die besonders auch für gerichtliche Zwecke oft nach langer Zeit noch grossen Werth besitzen. Es kann nie dem Belieben des einzelnen Bezirksarztes anheimgegeben werden, wie lange er die Leichenschauscheine aufbewahren will.

Dr. Müller-Schongau theilt mit, dass die Leichenschauscheine der Oberpfalz 5 Jahre lang aufbewahrt werden.

Dr. Wohlmuth: Die Aufbewahrung der Leichenschauscheine könnte bei den Standesämtern, die Aufbewahrung der Leichenschauregister bei den Bezirksärzten stattfinden.

Dr. Crämer: Die Aufbewahrung der Leichenschauscheine hat dann nicht mehr die Bedeutung, wenn ihr Inhalt genau in die Leichenschauregister eingetragen wird.

K. Regierungscommissär, Medicinalrath Dr. Messerer: Die Leichenschauregister können unter keinen Umständen die Leichenschauscheine ersetzen, weil eben die letzteren Urkunden sind, in denen beispielsweise nichts corrigirt werden darf; den Registern kommt diese Eigenschaft nicht zu.

Dr. Vierling will nicht die sofortige Vernichtung der Leichenschauscheine, sondern glaubt, dass für deren Aufbewahrung ein Zeitraum von 5 Jahren genügen dürfte.

In dem weiteren Verlaufe der Discussion, an welcher der k. Regierungscommissär und die Herren Dr. Härtl, Dr. Crämer, Dr. Vierling und Dr. Rapp theilnehmen, wird

die Frage erörtert, ob ein Zeitraum und welcher für die Aufbewahrung der Leichenschauregister festgesetzt werden soll, wobei anerkannt wird, dass deren Aufbewahrung aus wissenschaftlichen (Forschungs-) Gründen zweckmässig und wünschenswerth erscheint.

Dr. Sternfeld gibt der Meinung Ausdruck, dass ein Mindestzeitraum von 50 Jahren angesetzt werden soll.

Dr. Vierling modificirt den Antrag nunmehr in folgender Weise:

„Die oberbayerische Aerztekammer wolle an die k. Staatsregierung das Ersuchen stellen, die Bestimmung, dergemäss die Leichenschauscheine 20 Jahre lang in der amtsärztlichen Registratur aufbewahrt werden sollen, dahin zu modificiren, dass behufs Ermöglichung einer fortlaufenden künftigen Ortsmortalitätsstatistik statt der losen, schwer zu handhabenden Leichenschauscheine, für deren Aufbewahrung ein Zeitraum von fünf Jahren genügen dürfte, die Leichenschauregister nach Revision durch die Amtsärzte für mindestens 50 Jahre der amtsärztlichen Registratur einverleibt werden sollen."

Der Antrag wird in dieser Fassung einstimmig angenommen.

Ad. 13. Bericht des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschuss.

Vorsitzender Dr. Näher: Da der Delegirte der Kammer zum verstärkten Obermedicinalausschusse, Herr Kreismedicinalrath Dr. Aub mit Tod abgegangen und ein Protokoll der Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses nicht zur Kenntniss des ständigen Ausschusses gelangt ist, kann der Kammer ein Bericht nicht erstattet werden. Es ist nur aus der Tagespresse bekannt geworden, dass eine Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses am 18. December v. Js. stattgefunden hat, und dass die Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis den Gegenstand der Berathung gebildet hat.

Ad 14. Wahl des Delegirten und dessen Stellvertreters zum verstärkten Obermedicinalausschuss.

Auf Antrag des Vorsitzenden fand geheime Wahl mittels Stimmzetteln statt. Es wurden 18 Stimmzettel abgegeben, von welchen 17 auf Näher lauteten, der somit als Delegirter zum verstärkten Obermedicinalausschusse gewählt ist. Die Wahl des Stellvertreters geschah durch Acclamation und wurde Hofrath Dr. Rapp-Reichenhall einstimmig als Vertreter des Delegirten zum verstärkten Obermedicinalausschuss gewählt. Die beiden Gewählten erklärten unter dem Ausdrucke des Dankes die Annahme der Wahl.

(Dr. Adolf Müller-München war während der Wahl nicht im Saale anwesend.)

Ad 15. Wahl der Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation.

Gewählt wurden durch Acclamation: Dr. Näher, Dr. Burkart, Dr. Angerer, Dr. Vierling, Dr. Wohlmuth, Dr. Roth, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

Ad 16. Wahl der Beschwerdecommission, entsprechend dem Schlusssatze des §12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895.

Gewählt wurden durch Acclamation: Dr. Rapp, Dr. Crämer, Dr. Gruber, Dr. Oberprieler; als Stellvertreter: Dr. Dirr, Dr. Schliessleder, welche sämmtlich die Wahl annehmen.

Ad 17. Wahl eines Kreiskassiers für den Verein zur Unterstützung invalider und hilfsbedürftiger bayerischer Aerzte.

Auf Antrag des Schriftführers Dr. Gruber wurde der prakt. Arzt Dr. Hugo Schwertfelner in München, welcher die Geschäfte seit dem Ableben des Dr. August Weiss stellvertretungsweise besorgt, durch Acclamation einstimmig als Kreiskassier gewählt.

Der Vorsitzende spricht dem Herrn Vertreter der k. Kreisregierung für seine freundliche Berathung und sein wohlwollendes Verhalten gegen die Kammer den Dank der Mitglieder aus, und dankt auch den Referenten für ihre erspriessliche Mitarbeit.

K. Regierungscommissär, Medicinalrath Dr. Messerer dankt dem Vorsitzenden für die ehrenden Worte und erklärt, dass die Versammlung mit Befriedigung auf den Verlauf der heutigen Tagung zurückblicken könne.

Nachdem noch Dr. Crämer dem Vorsitzenden den Dank der Kammer für die vorzügliche Leitung der Verhandlungen ausgesprochen hatte, erklärte der Vorsitzende Dr. Näher um 12¼ Uhr Nachmittags die Sitzung für geschlossen.

Der Vorsitzende:	Der Schriftführer:
Dr Näher.	Dr. Max Gruber.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer für Niederbayern.

Landshut, 29. October 1900.

I. Anwesend sind: Herr Kreismedicinalrath Dr. Herrmann als kgl. Regierungscommissär. Als Delegirte sind erschienen für Deggendorf: der kgl. Director der Kreisirrenanstalt Dr. Link, Dingolfing-Landau: der kgl. Bezirksarzt Dr. Ertl, Landshut: Dr. Wein, kgl. Hofrath, Passau: der kgl. Bezirksarzt Dr. Schmid, Vilshofen: der kgl. Bezirksarzt Dr. Schmid, Pfarrkirchen: der kgl. Bezirksarzt Dr. Koller, Rottenburg-Kelheim: der prakt. Arzt Dr. Mass, Straubing: der kgl. Landgerichtsarzt Dr. Egger, Vilsbiburg: der kgl. Bezirksarzt Dr. Greiner.

Der Alterspräsident, Herr Bezirksarzt Dr. Schmid-Passau, leitete die Wahl für das Bureau und die Delegationen.

II. Es gingen daraus hervor:
Vorsitzender: Dr. Schmid-Passau.
Vorsitzender-Stellvertreter: Dr. Egger.
Schriftführer: Dr. Wein.
Schriftführer-Stellvertreter: Dr. Mass.
Die Gewählten erklärten die Wahl anzunehmen.

Herr Dr. Schmid-Passau übernimmt den Vorsitz, richtet begrüssende Worte an den kgl. Regierungscommissär im Namen der Kammer und bittet um Förderung der Berathungen und gibt die Veränderungen bekannt, welche in der Zusammensetzung der Kammer gegen das Vorjahr eingetreten sind.

Ausgeschieden ist nämlich:

Herr Bez.-Arzt Dr. Leopolder, Eggenfelden, welchem der Vorsitzende Worte der Anerkennung und des Dankes für seine aufopfernde Thätigkeit in der Kammer widmet.

Neu eingetreten sind:

Bezirks-Arzt Dr. Koller, Pfarrkirchen und Dr. Anton Schmid, Bez.-Arzt, Vilshofen.

III. Bericht des ständigen Ausschusses.

Der kgl. Regierungscommissär Herr Medicinalrath Dr. Herrmann gab die Verbescheidung des kgl. Staatsministeriums des Innern, betreffs der Verhandlungen der Aerztekammer vom Jahre 1899, bekannt.

IV. Eingegangen ist:

Ein Schreiben der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft für Niederbayern betr. „Gebühren für ärztliche Gutachten".

Ein Schreiben der Versicherungsanstalt von Niederbayern betr. „Honorar in Invalidenrentensachen".

Druckschriften des ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg und Regensburg betr. „den Vollzug des Impfgesetzes vom 17. XII. 99".

Eine Todesanzeige und Einladung zur Leichenfeier des Bez.-Arztes Dr. Roeder in Würzburg.

Ferner Anträge zur Behandlung in diesjähriger Sitzung der Aerztekammer in München, Augsburg, Hersbruck, Allgäu.

V. Die Thätigkeit des Vorsitzenden des ständigen Ausschusses:

Correspondenz mit dem ärztlichen Bezirksverein Würzburg betreffs oben bezeichneten Einlaufes.

Antheilnahme an der Beerdigungsfeier des in München verstorbenen Medicinalrathes Dr. Aub.

Mitberathung in Nürnberg am 10. Juni über Zulassung der Realschul-Abiturienten zum medicinischen Studium.

Theilnahme an der Berathung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse bayerischer Aerztekammern in Nürnberg am 24. curr. über Anträge zur diesjährigen Aerztekammer-Verhandlung.

VI. Der Delegirte der Kammer zur Sitzung des erweiterten Obermedicinal-Ausschusses betheiligte sich an den Berathungen in der Vorbesprechung und in der Plenarsitzung über eine zu erlassende Gebührenordnung für bayerische Aerzte und theilte derselbe aus diesen Verhandlungen Näheres mit.

VII. Bericht über die Finanzverhältnisse.

Die während des Jahres erwachsenen Kosten der Kammer wurden in der Weise beglichen, dass die liquidirten Kosten, berechnet auf die Kopfzahl der Vereinsmitglieder, erhoben und den Liquidirenden eingehändigt werden. Im vergangenen Jahre besorgte die Kassenführung der Stellvertreter des Vorsitzenden, Dr. Leopolder, Eggenfelden. Zur Besorgung dieser Geschäfte für das kommende Jahr wurde Dr. Egger, Straubing, gewählt.

VIII. Bericht der Vereinsdelegirten.

Die Erhebungen des Standes der einzelnen Vereine ergaben Folgendes:

1. Deggendorf: 21 Mitglieder, 2 Versammlungen; Vorstand: Med.-Rath Dr. Rauscher.
2. Dingolfing-Landau: 10 Mitgl., 2 Vers.; Vorst.: Dr. Ertl.
3. Landshut: 14 Mitgl., 1 Vers.; Vorst.: Bez.-Arzt Dr. Reiter.
4. Passau: 37 Mitgl., 2 Vers.; Vorst.: Dr. Schmid.
5. Pfarrkirchen-Eggenfelden: 16 Mitgl., 2 Vers.; Vorst.: Dr. Koller.
6. Rottenburg-Kelheim: 19 Mitgl., 3 Vers.; Vorst.: Dr. Grassler.
7. Straubing: 15 Mitgl., 2 Vers.; Vorst.: Dr. Egger.
8. Vilsbiburg: 8 Mitgl., 2 Vers.; Vorst.: Dr. Greiner.

IX. Wahl des Delegirten zum Obermedicinalausschuss.

Als Delegirter wurde per Acclamation Herr Dr. Schmid-Passau und als dessen Stellvertreter Dr. Egger-Straubing gewählt.

X. Wahl der Commission zur Aberkennung der Approbation.

Es wurden gewählt: Schmid-Passau, Egger-Straubing, Wein-Landshut, Link-Deggendorf, Ertl-Landau a. I.

XI. Wahl der Commission für Beschwerden, kgl. Allerh. Verordnung vom 9. VII. 95, § 12, Berufung gegen Ausschluss und Aufnahmeverweigerung.

Es wurden gewählt die nämlichen Delegirten wie nebenstehend.

XII. Wahl der Commission für Obergutachten.

In die Vorschlagsliste wurden aufgenommen:

1. Dr. Egger-Straubing, 2. Ertl-Landau, 3. Grassler-Rottenburg, 4. Greiner-Vilsbiburg, 5. Haertl-Landshut, 6. Link-Deggendorf, 7. Regler-Landshut, 8. Schmid-Vilshofen, 9. Stoemer-Plattling, 10. Hofrath Wein-Landshut, 11. Worlitschek-Geisenhausen, 12. Zeitler-Straubing.

XIII. Wahl des Kreiskassiers für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger, invalider Aerzte in Bayern.

Es wurde gewählt: Dr. Schmid-Vilshofen.

XIV. Berathung der Nürnberger Anträge:

1. Bezirksverein Hersbruck.

Unter Hinweis auf die Protokolle der mittelfränkischen Aerztekammer vom Jahre 1898/99 hat der ärztliche Bezirksverein Hersbruck in der Versammlung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern zu Nürnberg am 21. X. 00 den nachstehenden Antrag gestellt:

„Die Kammer möge bei der hohen Staatsregierung in Anregung bringen, ob es nicht thunlich wäre, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3 bis 5 Jahre, Berichte gefordert würden, wobei auch der Termin für die Einlieferung derselben auf einen für den praktischen Arzt günstigen Zeitpunkt verlegt werden könnte. Die Kammer möge ferner anregen, ob nicht auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhaltes solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden können".

Hiezu bemerkt Referent Dr. Egger-Straubing:

Gemäss hoher Min.-Entschliessung vom 28. VII. 1897, die ärztlichen Jahresberichte betreffend, haben die bezirksärztlichen Stellvertreter, sowie die an der Berichterstattung sich betheiligenden praktischen Aerzte ihre Berichte an den betreffenden amtlichen Arzt jährlich spätestens bis 10. Februar einzusenden und die Amtsärzte haben unter Benutzung der vorerwähnten Berichte den Jahresbericht für ihren Bezirk fertig zu stellen und spätestens bis zum 15. März der Kreisregierung, Kammer des Innern, vorzulegen. In früheren Jahren waren als Termine für Ablieferung der Jahresberichte der 1. April für die praktischen Aerzte und der 1. Juni für die Amtsärzte festgesetzt.

Nun sind mit Rücksicht auf die rechtzeitige Veröffentlichung des Generalberichtes über die Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern die Termine zur Einsendung der ärztlichen Jahresberichte auf die jetzt geltenden Zeitpunkte verlegt worden.

Es muss zugegeben werden, dass der nunmehrige frühzeitige Termin für die Einlieferung des Jahresberichtes in eine für den praktischen Arzt sehr schwierige Zeit fällt. Doch sollen die praktischen Aerzte, welche auf eine Staatsstellung reflectiren, jedes Jahr einen Bericht einliefern. Hieran soll festgehalten werden; zwar auch desshalb, weil die den Amtsarzt anstrebenden praktischen Aerzte alljährlich zu qualificiren sind und die Jahresberichte zu deren Qualification dienen.

Es kann wohl mit Rücksicht auf den oben erwähnten Punkt einer Verlegung des Termines für die Einlieferung der Jahresberichte auf einen späteren Zeitpunkt das Wort geredet werden, doch soll dieser Termin den 1. März nicht überschreiten, damit die amtlichen Aerzte mit ihren eigenen Berichten gleichzeitig die Jahresberichte der praktischen Aerzte bis zum 15. März den Kreisregierungen vorlegen können.

Es erscheint dies wünschenswerth mit Rücksicht auf die erschöpfende Bearbeitung des in den Jahresberichten niedergelegten Materials im Generalsanitätsberichte des Königreiches.

Dem weiteren Punkte im Antrage des genannten Bezirksvereines, dass grössere Arbeiten medicinischen Inhalts den Jahresberichten gleichwerthig zu erachten seien, ist zuzustimmen.

Die Kammer ist mit den Vorschlägen des Referenten einverstanden.

2. Bezirksverein München.

I. „Die Aerztekammer möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der hohen Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlasse ähnlicher für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden mögen."

Wird von der Kammer angenommen.

II. „Es möge bei der k. Regierung beantragt werden, dass alle wichtigen, neu erlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes zur Kenntniss gebracht werden."

Wird zugestimmt mit dem Beisatze, dass die Zusendung an jeden einzelnen Arzt durch die Districtspolizeibehörde geschehen möge oder mindestens jedem ärztlichen Bezirksvereine durch unentgeltliche Zusendung einer der Mitgliederzahl entsprechenden Reihe von Abdrücken derselben zur Kenntniss gebracht werde.

3. Bezirksverein Nordschwaben.

„Es wolle die Aerztekammer an die k. Staatsregierung die Bitte richten:

„Es möchte die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen wie die praktischen Aerzte Bezahlung von der zuständigen Armenpflege zu verlangen."

Hiezu bemerkt Referent Dr. Ertl:

„Zu den Obliegenheiten des Amtsarztes gehört nach § 11 des organischen Edictes von 1808 auch die unentgeltliche Behandlung der Armen des Bezirkes. Seit Erlass dieses Edictes hat sich die amtsärztliche Thätigkeit um das Zehnfache vermehrt, so dass es als Unbilligkeit erscheinen muss, den Amtsärzten die unentgeltliche Behandlung kranker Armer noch zur Pflicht zu machen.

Laut Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern vom 4. December 1882, die Verhandlungen der Aerztekammer der Pfalz 1882, die ärztliche Behandlung armer Kranker betreffend, hat das k. Staatsministerium des Innern aus den Verhandlungen der pfälzischen Aerztekammer für 1882, wie auch schon aus früheren Verhandlungen dieser Kammer und aus dem Vorlageberichte der k. Regierung, Kammer des Innern, vom 6. Nov. l. J. ersehen, dass im Regierungsbezirke der Pfalz bezüglich der ärztlichen Behandlung armer Kranker fühlbare Missstände bestehen, welche hauptsächlich darauf zurückzuführen sind, dass die Gemeinden noch vielfach an der unentgeltlichen Behandlung armer Kranker durch die Bezirksärzte festhalten, während die Letzteren bei der Ausdehnung ihrer Amtsbezirke und der grossen Anzahl armer Kranker nicht in der Lage sind, diesem Anspruche überall nachzukommen.

Ferner heisst es in dieser Entschliessung, dass zwar den kgl. Bezirksärzten die unentgeltliche Behandlung der armen Kranken ihres Amtsbezirkes obliegt, dass aber eine Verpflichtung für den Staat, den Gemeinden die unentgeltliche ärztliche Behandlung ihrer armen Kranken zu gewährleisten, nicht besteht.

Hieraus kann entnommen werden, dass selbst die hohe kgl. Staatsregierung der Ueberzeugung sich nicht verschliessen kann, dass die Bezirksärzte bei der Ausdehnung ihrer Bezirke und der Vermehrung der dienstlichen Obliegenheiten durch die unentgeltliche Behandlung armer Kranker erheblich belastet sind.

Die Gemeinden sind von Staatsaufsicht wegen anzuhalten, armen Kranken die erforderliche ärztliche Hilfe nebst Pflege zu verschaffen, so dass der k. Staatsregierung, damit die Gemeinden bezeichneter Verpflichtung nachkommen können, das Institut der Armenärzte als das geeignetste Mittel erscheint.

Von der Function eines Armenarztes kann aber ein Bezirksarzt ohne Grund und ohne Zurücksetzung vor dem prakt. Arzt nicht ausgeschlossen werden.

Ist es dem praktischen Arzt gestattet auf Kosten der Armenpflegen arme Kranke gegen Entgelt zu behandeln, so soll dieses Recht auch dem k. Bezirksarzte eingeräumt werden.

Ich stelle daher an die Herren Mitglieder der niederbayerischen Aerztekammer das Ansuchen, dem Antrage des Bezirksvereins Nordschwaben ihre Zustimmung zu ertheilen."

Die Kammer stimmt zu.

4. Bezirksverein Augsburg.

„Der Beginn des Unterrichtes an den beiden untersten Schulclassen möge im ganzen Königreiche auf 9 Uhr verlegt werden."

Hiezu führt Referent Dr. Ertl-Landau Nachfolgendes aus:

„Mit dem Eintritte in die Schule kommt das Kind zum ersten Male in seinem Leben in Verhältnisse, wo es einige Stunden nacheinander ruhig sitzen muss, wo seine Aufmerksamkeit auf ganz bestimmte Gegenstände gerichtet sein muss. Der Eintritt in die Schule wird für die meisten Kinder durch kein Uebergangsstadium vermittelt.

Es ist eine nicht zu bestreitende Thatsache, dass Kinder in der ersten Zeit des Schulbesuches sich wesentlich verändern, sie werden blass, sie klagen über Kopfschmerzen, sind krankhaft aufgeregt, verlieren den Appetit und magern ab.

Rüstige Kinder accommodiren sich zwar bald den neuen Verhältnissen, die von Natur aus zarteren Kinder oder Kinder, welche unter ungünstigen häuslichen Verhältnissen leben, bleiben in ihrer körperlichen Entwicklung zurück.

Durchschnittlich beträgt die wöchentliche Stundenzahl für die untersten Volksschulclassen 20—24 Stunden.

Nun ist die Frage: Wann ist der geeignetste Zeitpunkt zum Eintritte in die Schule?

Das schulpflichtige Alter beginnt mit dem zurückgelegten sechsten Lebensjahre.

Man kann nicht behaupten, dass es zu früh sei, einem Kinde in diesem Alter eine regelmässige geistige Beschäftigung zuzumuthen; das schädlichste Moment liegt in den unmittelbaren Uebergange zur systematischen Arbeit.

Um den Uebergang weniger empfindlich zu machen, wäre die möglichste Beschränkung der Zahl der Unterrichtsstunden in der untersten Classe der Elementarschule angezeigt. Es ist ja nicht

denkbar, dass ein Kind, welches bisher an keine systematische geistige Beschäftigung gewöhnt war, ohne sichtliche Ermüdung seine Aufmerksamkeit zwei Stunden lang auf einen Unterrichtsgegenstand concentriren kann.

Eine Beschränkung der eigentlichen Unterrichtsstunden für die unterste Classe halte ich daher nicht bloss für nothwendig, sondern auch ohne Benachtheiligung des pädagogischen Interesses für ausführbar.

Es würde sich daher für die unterste Volksschule der Unterricht von 9—11 Uhr empfehlen.

Der Beginn der Unterrichtszeit um 8 Uhr ist besonders für Landschulen, wo die kleinen Geschöpfe eine halbe bis ganze Stunde Wegezeit zur Schule haben, mit grosser Unannehmlichkeit, mit gesundheitlichen Nachtheilen verbunden.

Um 6 Uhr Morgens schon sind diese kleinen Kinder gezwungen, das Bett zu verlassen, um rechtzeitig in die Schule zu gelangen, sie haben besonders zur Herbst- und Winterszeit bei Nacht und Nebel zur Schule zu eilen, was bei Beginn der Schulzeit um 9 Uhr weniger schwer in die Wagschale fallen dürfte. Ich stelle daher das Ansuchen, dem Antrage des Bezirksvereins Augsburg:

„Es möge der Beginn des Unterrichts in den beiden untersten Schulclassen im ganzen Königreiche Bayern auf 9 Uhr verlegt werden" die Zustimmung ertheilen zu wollen."

Zustimmung.

5. Bezirksverein Nürnberg.

„Es möge von sämmtlichen bayerischen Aerztekammern an die k. Staatsregierung die dringende Bitte gestellt werden, die Vorlage der ärztlichen Standes- und Ehrengerichts-Ordnung baldmöglichst zur erspriesslichen Erledigung zu bringen."

Ein fast gleichlautender Antrag liegt vom Bezirksverein Allgäu vor.

Beschluss: Die Anträge finden ungetheilte Zustimmung.

Unter Ueberlassung der Motivirung an die Referenten der Kammer soll folgende Resolution zur Berathung gestellt werden:

„Seit der Vorlage an die Kammer der Abgeordneten ist die Schaffung einer Aerzteordnung für Bayern in eine völlige Stockung gerathen. Der Tod des Kreismedicinalrathes Herrn Dr. Aub hat dazu den Aerzten ihren wärmsten Vertreter in der Kammer geraubt.

Die bayerischen Aerzte, hochbefriedigt von der Vorlage der hohen Staatsregierung, erwarten sehnlichst das endliche Inslebentreten von gesetzlichen Vorschriften, durch welche allein eine gedeihliche Weiterausbildung der Organisation des ärztlichen Standes ermöglicht werden wird."

Die bayerischen Aerztekammern halten es für geboten, das dringende Ersuchen zu stellen:

„Hohe Staatsregierung möge ihren Einfluss geltend machen, dass beim nächsten Zusammentritt der Kammer der Abgeordneten die bayerische Aerzteordnung so bald als möglich zur Berathung gestellt werde."

Zustimmung.

XV. Dr. Greiner-Vilsbiburg stellt folgenden Antrag:

„Es sei neuerdings an die hohe k. Staatsregierung die Bitte zu stellen, den amtlichen Aerzten bei ihren auswärtigen Dienstgeschäften nach Analogie mit allen anderen Beamten-Kategorien Diäten zu gewähren."

XVI. Der Vorsitzende gibt ein Schreiben des Vorstandes der Versicherungsanstalt von Niederbayern, datirt vom 30. XII. 99, bekannt, nach welchem die Uebernahme der Kosten für ärztliche Zeugnisse in Invalidenrenten-Angelegenheiten seitens der Versicherungsanstalt abgelehnt wird. Die Kammer nimmt mit Bedauern von dieser Zuschrift Kenntniss und beschliesst, diesen Antrag zu wiederholen, da sie nicht einsieht, warum die Aerzte Niederbayerns andere Behandlung erfahren sollen, als die Aerzte sämmtlicher übrigen Kreise.

Die Nachfrage hat nämlich ergeben, dass in sämmtlichen übrigen Kreisen des diesrheinischen Bayerns die Kosten für zahlungsunfähige Rentenbewerber von der Versicherungsanstalt getragen werden.

XVII. Der Vorsitzende drückt dem Herrn Regierungscommissär den Dank für die fördernde Anregung bei den Berathungen aus. Herr Dr. Egger drückt dem Vorsitzenden seinen Dank für die Mühewaltung aus.

Gezeichnet:

Dr. Schmid, Vorsitzender. Dr. Wein, Schriftführer.

Protokoll der Sitzung der Pfälzischen Aerztekammer.

Speyer, den 29. October 1900.

Anwesend sind: der Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Karsch als k. Regierungscommissär.

Als Delegirte: a) für den Bezirksverein Frankenthal: Hofrath Dr. Kaufmann, k. Bezirksarzt in Dürkheim, Dr. Scherer, prakt. Arzt in Ludwigshafen, Medicinalrath Dr. Demuth, k. Director der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal;

b) für den Bezirksverein Landau: Dr. Eduard Pauli, prakt. Arzt in Landau, Medicinalrath Dr. Karrer, kgl. Director der Kreis-Irrenanstalt in Klingenmünster, Dr. Schmitt, prakt. Arzt in Herxheim;

c) für den Bezirksverein Kaiserslautern: Dr. Kolb, k. Bezirksarzt in Kaiserslautern, Dr. Jacob, prakt. Arzt in Kaiserslautern, Dr. Zahn, k. Landgerichtsarzt in Kaiserslautern;

d) für den Bezirksverein Zweibrücken: Medicinalrath Dr. Ullmann, k. Landgerichtsarzt in Zweibrücken, Dr. Ehrhardt, bezirksärztlicher Stellvertreter in St. Ingbert, Dr. Breith, prakt. Arzt in Pirmasens.

Unter Führung des k. Kreismedicinalrathes machten die Delegirten dem Herrn k. Regierungspräsidenten ihre Aufwartung, der sich mit ihnen über verschiedene sanitäre Angelegenheiten des Kreises unterhielt und über die Berathungsgegenstände sich Bericht erstatten liess.

Nach Begrüssung der neu eingetretenen Mitglieder, der Herren Dr. Zahn und Dr. Breith, gedachte der Vorsitzende des 25 jährigen Jubiläums des Herrn k. Kreismedicinalrathes Dr. Karsch. Obgleich seiner Verdienste bereits an hoher und höchster Stelle in anerkennender Weise gedacht wurde, und obgleich erst kürzlich der Vorsitzende des Kreisvereins in ausführlicher Rede unseren Jubilar gefeiert habe, so gezieme es auch uns, den Mitgliedern der Aerztekammer, der er seit 25 Jahren ununterbrochen als k. Regierungscommissar anwohne, an dieser Stelle heute dem Jubilare unsere Anerkennung auszusprechen für die vielen Verdienste, die sich derselbe als Vorstand des Medicinalwesens der Pfalz nach den verschiedensten Richtungen erwarb. Zum Zeichen ihrer Anerkennung und Verehrung erheben sich die Mitglieder der Aerztekammer von ihren Sitzen.

Herr Kreismedicinalrath Dr. Karsch dankt für die Anregung und Unterstützung, welche ihm aus dem Kreise der Collegen stets entgegengebracht worden sei.

Unter Leitung des Alterspräsidenten Herrn Hofrath Dr. Kaufmann schritt man sodann zu den Wahlen. Dieselben ergaben:

1. Vorsitzender: Hofrath Dr. Kaufmann;
2. Stellvertretender Vorsitzender: Medicinalrath Dr. Ullmann;
3. Schriftführer: Medicinalrath Dr. Demuth;
   Stellvertreter des Schriftführers: Landgerichtsarzt Dr. Zahn;
4. Delegirter zum Obermedicinalausschusse: Medicinalrath Dr. Demuth;
   Stellvertreter des Delegirten: Hofrath Dr. Kaufmann;
5. Commission zur Aberkennung der Approbation: Kaufmann, Ullmann, Demuth, Pauli, Karrer;
6. Wahl der Commission im Sinne des § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895, die Bildung von Aerztekammern und Bezirksvereinen betreffend: Die vorgenannten Herren und ausserdem noch Dr. Kolb;
7. Kreiskassier für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte in Bayern: Dr. Ullmann.

Sodann macht der Vorsitzende Mittheilung von der Verbescheidung der Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1899.

Der Schriftführer macht Mittheilung von dem Stande der Mitglieder der Vereine. Der Verein der Pfälzischen Aerzte zählt zur Zeit 254 Mitglieder; hiervon treffen 94 auf den Bezirksverein Frankenthal, 56 auf den Bezirksverein Landau, 53 auf den Bezirksverein Zweibrücken und 51 auf den Bezirksverein Kaiserslautern.

Dem Auftrage der k. Staatsregierung entsprechend, betreffs die Bildung des „Aerztlichen Collegiums zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungs-Angelegenheiten" werden nachfolgende 12 Aerzte in Vorschlag gebracht:

1. Dr. Antz, prakt. Arzt in Speyer,
2. Dr. Breith, prakt. Arzt in Pirmasens,
*3. Dr. Demuth, Medicinalrath und k. Krankenhausdirector in Frankenthal,
4. Dr. Hölder, prakt. Arzt in Ludwigshafen,
*5. Dr. Jacob, prakt. Arzt in Kaiserslautern,
*6. Dr. Kaufmann, Hofrath und k. Bezirksarzt in Dürkheim,
7. Dr. König, prakt. Arzt und bezirksärztlicher Stellvertreter in Edenkoben,
8. Dr. Pauli Richard, prakt. Arzt in Landau,
9. Dr. Renner, prakt. und Gefängnissarzt in Zweibrücken,
10. Dr. Scherer, prakt. Arzt in Ludwigshafen,
*11. Dr. Ullmann, Medicinalrath und k. Landgerichtsarzt in Zweibrücken,
12. Dr. Zahn, kgl. Landgerichtsarzt in Zweibrücken.

Die mit * bezeichneten Aerzte fungirten bisher als Mitglieder des Collegiums.

Medicinalrath Dr. Ullmann stellt den Antrag, die Kammer möge bei der k. Regierung befürworten, dahin zu wirken, dass bei der Berathung der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz in das Gesetz die Bestimmung aufgenommen werden möge, dass die Geschlechtskranken auf Kosten der Krankenkassen im Krankenhause nicht nur den Arzt und die Medicamente, sondern auch die Verpflegung vollständig frei haben sollen.

Nach dem Krankenversicherungsgesetze haben diese Kranke bis jetzt das Recht auf freie ärztliche Behandlung und Heilmittel. Wenn nun ein derartiger Kranker von der Krankenkasse einem

Spitale überwiesen wird, so hat derselbe auch für die Verpflegung aufzukommen. Wenn aber der Kranke in's Spital kommt, oder der Arzt ihn dahin schickt, ohne vorher bei der Krankenkasse nachgefragt zu haben, resp. diese sich nicht ausdrücklich auch zur Bezahlung der Kosten für die Verpflegung bereit erklärt hat, dann muss der Kranke oder die Heimathsgemeinde für diese Kosten aufkommen.

Die Kammer stimmt diesem Antrage bei.

Sodann tritt die Kammer in Berathung der von den Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern vom 21. October 1900 zur gemeinsamen Vertretung empfohlenen Anträge:

1) Antrag des Bezirksvereines Hersbruck:

„Die Kammer möge bei der Hohen Staatsregierung in Anregung bringen, ob es nicht thunlich wäre, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3 bis 5 Jahre, Berichte gefordert würden, wobei auch der Termin für die Einlieferung derselben auf einen für den praktischen Arzt günstigeren Zeitpunkt verlegt werden könnte. Die Kammer möge ferner anregen, ob nicht auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhaltes solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden könnten."

Nach Erörterung und Klarlegung der diesbezüglichen Verhältnisse durch Demuth, Zahn und den Herrn Regierungscommissar erachtet es die Kammer nicht für angezeigt, ein Abweichen von dem zur Zeit bestehenden Modus zu befürworten, weder was die jährliche Erstattung der Jahresberichte, noch auch was den Termin der Ablieferung desselben betrifft; auch bestehe kein Grund zur ausdrücklichen Anregung, dass auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhaltes solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden könnten, zumal nach den Erklärungen des Herrn Kreismedicinalrathes grössere Arbeiten auch jetzt schon eine Würdigung fänden; Letzterer bemerkt auch, dass die Bezirksärzte bei Ausarbeitung ihrer Jahresberichte zum Theil auf die Berichte der Aerzte angewiesen sind, und es wäre sehr zu wünschen, dass nicht nur die hierzu verpflichteten Candidaten für den Staatsdienst, sondern auch andere Aerzte freiwillig diesbezügliche Notizen einlieferten.

2) Antrag des Bezirksvereines München:

I. „Die Aerztekammer möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlasse ähnlicher, für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden mögen."

II. „Es möge bei der k. Regierung beantragt werden, dass alle wichtigeren neu erlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss gebracht werden."

Nach eingehender Debatte, an der sich die Herren Kolb, Zahn, Kaufmann, Jacob, Ullmann und Karsch betheiligten, wird dem Absatz I zugestimmt und Absatz II mit der Modification angenommen, dass statt „jedem Arzt u. s. w." es heissen soll „jedem ärztlichen Bezirksverein durch unentgeltliche Zusendung einer der Mitgliederzahl entsprechende Reihe von Abdrücken u. s. w."

3) Antrag des Bezirksvereines Nordschwaben:

„Es wolle die Aerztekammer an die k. Staatsregierung die Bitte richten: Es möchte die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen wie die praktischen Aerzte Bezahlung von der zuständigen Armenpflege zu verlangen."

An der Debatte hierüber betheiligen sich ausser dem Herrn Regierungscommissär die Herren Scherer, Demuth, Kaufmann und Zahn. Die Kammer beschliesst, diesem Antrage nicht beizutreten. Seit dem Bestehen der Krankenversicherungsgesetze haben sich die Verhältnisse in der Pfalz derart geregelt, dass durch unentgeltliche Behandlung der Armen die Bezirksärzte nicht mehr belastet sind. Die Gemeinden haben sich fast überall daran gewöhnt, besondere Armenärzte aufzustellen, zumal ihnen dies in der Regel billiger zu stehen kommt, als wenn sie die Hilfe des auswärts wohnenden Bezirksarztes für ihre Armen in Anspruch nehmen, der das Recht hat, Gefährtetaxen zu liquidiren; und es kommt sogar vor, dass in Gemeinden mit dem Sitze des Bezirksarztes dieser als Armenarzt honorirt wird. Uebrigens steht auch dem Bezirksarzte das Recht zu, die Uebernahme der Behandlung eines Armen abzulehnen, wenn er anderweitig in Anspruch genommen ist: und von diesem Rechte wird auch besonders in den grösseren Städten, wo die Aufgabe der Bezirksärzte eine grössere, mit Zustimmung der vorgesetzten Behörde, ausgedehnter Gebrauch gemacht.

4) Antrag des Bezirksvereines Augsburg:

„Der Beginn des Unterrichts an den beiden untersten Schulclassen möge im ganzen Königreich auf 9 Uhr gelegt werden."

Dieser Antrag findet mit dem von Jacob befürworteten Zusatze „im Winterhalbjahre" die Zustimmung der Kammer.

5) Antrag des Bezirksvereines Nürnberg:

„Es möge an die k. Staatsregierung die dringende Bitte gestellt werden, die Vorlage der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung baldmöglichst zur erspriesslichen Erledigung zu bringen."

Herr Kreismedicinalrath Dr. Kartsch gibt sodann, wie alljährlich einen ausführlichen Bericht über die sanitären Verhältnisse des Kreises. Auffallend war hienach wieder die sehr geringe Sterblichkeit, wie sie, ähnlich übrigens, schon in den letzten Jahren beobachtet worden. Trotz der Zunahme der Bevölkerung sind im Durchschnitt der Jahre 1871/5 über 1000 Todesfälle mehr vorgekommen als im Jahre 1899, während die Zahl der Geborenen in dieser Zeit von rund 26000 auf 30000 gestiegen. An Scharlach starben 1899 im Ganzen nur 14 Personen gegenüber 722 im Jahre 1888, seit welchem Jahre diese Krankheit überhaupt nicht mehr sehr extensiv aufgetreten ist. Diphtherie ist nicht bloss in der Mortalität, sondern auch in der Morbidität in stetem Rückgange. Auch der Typhus kam etwas seltener zur Beobachtung als im Vorjahre.

Der Vorsitzende dankt Namens der Kammer dem Herrn Kreismedicinalrath für den belehrenden Vortrag, sowie für seine erspriessliche Theilnahme an den Verhandlungen.

(gez.) Dr. Kaufmann, Vorsitzender. (gez.) Dr. Demuth, Schriftführer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer der Oberpfalz und von Regensburg.

Regensburg, den 29. October 1900.

Anwesend: Der k. Regierungscommissär, Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Dorffmeister. Die Delegirten: Dr. Schmelcher, k. Medicinalrath in Amberg, für den ärztlichen Bezirksverein Amberg; Dr. Klemz, prakt. Arzt in Nittenau, für den ärztlichen Bezirksverein der östlichen Oberpfalz; Dr. Thenn, k. Bezirksarzt in Beilngries, für den ärztlichen Bezirksverein der westlichen Oberpfalz; Hofrath Dr. Brauser, Hofrath Dr. Eser und Dr. Fürnrohr, praktische Aerzte in Regensburg, für den ärztlichen Bezirksverein Regensburg und Umgebung; Hofrath Dr. Reinhard, prakt. Arzt in Weiden und Dr. Bredauer, k. Bezirksarzt in Neustadt a. W., für den ärztlichen Bezirksverein Weiden.

Vor Eintritt in die Verhandlungen hatten die Delegirten die Ehre, von Herrn Regierungspräsidenten v. Lutz empfangen zu werden, welcher dieselben herzlich begrüsste, und die Arbeiten der Aerztekammer besprach.

Der k. Regierungscommissär eröffnete sodann die Sitzung mit einer begrüssenden Ansprache, erinnerte mit warmen Worten an seinen Vorgänger Dr. Hofmann, den sowohl in seiner amtlichen Stellung als in seinen wissenschaftlichen Leistungen hochbedeutenden und verdienstvollen Mann, besprach sodann die Stellung des ärztlichen Standes im Allgemeinen, wie die Verhältnisse der bayerischen Aerzte, und wies auf die Wichtigkeit der noch in Aussicht stehenden Standes- und Ehrengerichtsordnung hin. Schliesslich lud er den Altersvorsitzenden ein, die Bureauwahl vorzunehmen.

Der Altersvorsitzende Dr. Brauser gedachte der beiden schweren Verluste, welche der ärztliche Stand in Bayern seit der vorjährigen Kammersitzung erlitten hat durch das im Februar erfolgte Ableben des bisherigen k. Medicinalrathes Dr. Hofmann, welcher sich durch sein leutseliges Wesen, wie durch seine ausgezeichnete amtliche Thätigkeit und durch seine hohe wissenschaftliche Bedeutung die Achtung und Liebe der weitesten Kreise erworben hatte, und speciell jedem oberpfälzischen Arzte ein thatkräftiger Freund und Berather gewesen war. Auf Ersuchen des Redners erheben sich die Delegirten von ihren Sitzen, um das Andenken des Verlebten zu ehren. Den zweiten schweren Verlust erlitten die bayerischen Aerzte durch den Tod des k. Medicinalrathes Dr. Aub in München, welcher nicht nur als amtlicher Arzt, als Vorsitzender des ärztlichen Bezirksvereins München und des deutschen Aerztevereinsbundes, sondern auch als Landtagsabgeordneter für die Interessen des ärztlichen Standes in hervorragender Weise thätig war, und dessen frühes Hinscheiden speciell mit Rücksicht auf die dem bayerischen Landtage vorliegende ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung höchst beklagenswerth ist. Die Aerzte der Oberpfalz gaben seiner Zeit ihrer Trauer durch Uebersendung eines Kranzes auf das Grab Aub's Ausdruck. Nach diesem Rückblick auf die Verluste des Jahres wendete sich der Alterspräsident zu dem k. Regierungscommissär, welchen er im Namen der oberpfälzischen Aerztekammer in derselben herzlich willkommen hiess, und ersuchte, seine bereits bewährte Thatkraft, Erfahrung und Sachkenntniss den Arbeiten der Aerztekammer zuzuwenden.

Der k. Regierungscommissär dankt dem Vorsitzenden und der ganzen Aerztekammer für den freundlichen Willkommgruss, und versicherte, dass er seine ganze Arbeitskraft dem Wohle des ärztlichen Standes widmen werde.

Die hierauf folgende schriftliche Wahl des Bureaus ergab:
als Vorsitzenden Dr. Brauser,
als dessen Stellvertreter Dr. Reinhard,
als Schriftführer Dr. Eser,
als dessen Stellvertreter Dr. Fürnrohr,
welche sämmtlich die Wahl dankend annahmen.

Zur Tagesordnung übergehend bringt der Vorsitzende die durch Ministerialentschliessung vom 14. Juli 1900 erteilte Allerhöchste Verbescheidung auf die Wünsche und Anträge der Aerztekammern vom Jahre 1899 zur Sprache. Dieselbe war allen Be-

zirksvereinen mitgetheilt worden, und hat zu weiteren Bemerkungen keine Veranlassung gegeben.

Der Vorsitzende berichtet sodann über die Auslagen und Einnahmen der Aerztekammer im Jahre 1899/1900 und legt die Abrechnung sammt Belegen vor. Dieselbe wird auf Antrag des Rechnungsstellers durch Dr. Klemz geprüft und für richtig erklärt. Der Vorsitzende beantragt hiezu, für das Jahr 1900/1901 einen Kostenbeitrag von Einer Mark für das Vereinsmitglied zu erheben, welchem Antrag zugestimmt wird.

Hierauf berichten auf Einladung des Vorsitzenden die Delegirten über die Thätigkeit ihrer Bezirksvereine:

Bezirksverein Amberg. Referent Dr. Schmelcher. Der Verein zählt zur Zeit 18 Mitglieder, nachdem 1 College ausgetreten, 1 College (Faulhaber) gestorben und 3 Collegen beigetreten sind. Vorsitzender ist Dr. Schmelcher, Schriftführer und Kassier Dr. Nürbauer-Amberg. Der Verein hielt drei Versammlungen ab, in welchen Vereins- und Standesangelegenheiten besprochen wurden.

Bezirksverein der östlichen Oberpfalz. Referent Dr. Klemz. Der Verein zählt 16 Mitglieder. Vorsitzender Dr. Klemz, Schriftführer Dr. Mayer-Bodenwöhr, Kassier Dr. Bayerl-Cham. Der Verein hielt drei Versammlungen ab, welche trotz der ungünstigen örtlichen Verhältnisse und schlechten Verbindung ziemlich gut besucht waren. Für die einzelnen Versammlungen war eine meist reichhaltige Tagesordnung vorhanden, deren Behandlung längere Zeit beanspruchte. Vor Allem war es die k. Allerh. Verordnung vom 17. VII 1899 „den Vollzug des Impfgesetzes" betr., und die desshalb an den Verein gelangten Zuschriften anderer ärztlicher Bezirksvereine, welche lebhafte Discussionen hervorriefen. Ausserdem waren es Standesfragen, welche behandelt wurden. Die letzte Versammlung galt hauptsächlich der Berathung der den Aerztekammern zugegangenen Anträge. Wenn auch grössere Vorträge nicht gehalten wurden, so war doch der Austausch über Erfahrungen in der Praxis unter den Vereinsmitgliedern ein reger.

Bezirksverein für die westliche Oberpfalz. Referent Dr. Thenn. Der Verein zählt 16 Mitglieder. Vorsitzender ist Dr. Thenn, Schriftführer und Kassier Dr. Preuss-Pyrbaum. Es wurden drei Versammlungen abgehalten. Aus denselben ist herauszuheben ein warmer Nachruf des Vorsitzenden auf Medicinalrath Dr. Hofmann, ein Vortrag desselben über die Haftpflicht des Arztes nach dem neuen bürgerlichen Gesetzbuche, über den Vollzug der neuen Impfordnung, die Demonstration anthropologisch hochinteressanter Ausgrabungsfunde. Ausserdem wurden Standesangelegenheiten und die Anträge zur Aerztekammer besprochen, sowie Mittheilungen aus der Praxis gemacht.

Bezirksverein für Regensburg und Umgebung. Referent Dr. Eser. Der Verein hat zur Zeit 56 Mitglieder. Hervorzuheben ist das Ableben des langjährigen Vorsitzenden Medicinalrath Dr. Hofmann und des Hofrathes Dr. Paul Stör; weggezogen sind: Stabsarzt Dr. Finweg nach Bayreuth, Dr. Held nach Berneck, Dr. Ruidisch, Assistenzarzt im k. 11. Inf.-Reg., nach China. Vorsitzender ist Dr. Kohler, Schriftführer Dr. Lammert, Kassier Dr. Stillkrauth, sämmtlich in Regensburg. Verhandlungsthemata in 5 Versammlungen waren: Die k. Allerh. Verordnung vom 19. XII. 1899, „den Vollzug des Impfgesetzes" betr. Die halbjährige Ausstellung der ärztlichen Deservitenrechnungen. Die Pfuschereiverhältnisse. Das Reifezeugniss des humanistischen Gymnasiums erforderlich zum Studium der Medicin. Die Anträge zur Aerztekammer. Die Kindermilch, ihre Beziehung zur hohen Kindersterblichkeit. Auch fand der oberpfälzische Aerztetag dahier statt.

Bezirksverein Weiden. Referent Dr. Reinhard. Der Verein zählt 28 Mitglieder. Vorsitzender ist Dr. Reinhard, Schriftführer und Kassier Dr. Waller-Weiden. Vereinsversammlungen fanden drei statt. Für lebhafte Discussion war genügend gesorgt durch den neuen Ministerialerlass über die Impfung, der eine Reihe von Anträgen mehrerer Bezirksvereine zur Folge hatte. Eine grössere Anzahl von Anträgen der verschiedensten Art lagen in diesem Jahre den Vereinen zur Berathung vor, von denen ein Theil noch die Aerztekammer zu beschäftigen hatte. Es blieb jedoch immer noch Zeit zu einigen grösseren Vorträgen und zu lebhafter Besprechung interessanter Fälle aus der Praxis. Der Wechsel der Mitglieder innerhalb des Vereinsjahres war ein sehr geringer. Die Betheiligung an den Versammlungen kann als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Der Vorsitzende machte hierauf den Vorschlag, vor Eintritt in die Berathung der vorliegenden Anträge alle geschäftlichen Aufgaben zu erledigen, was einstimmig angenommen wurde.

Seitens der k. Staatsregierung war den Aerztekammern der Auftrag zugegangen, wie im Jahre 1894 12 Aerzte aus dem Regierungsbezirke in Vorschlag zu bringen, aus welchen das ärztliche Collegium zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten zu bilden sein wird.

Der Vorsitzende gibt die Liste der im Jahre 1894 seitens der Aerztekammer in Vorschlag gebrachten Collegen bekannt und werden für die nächste Wahlperiode vorgeschlagen:

Dr. Andraeas, k. Bezirksarzt in Amberg,
Dr. Bertram, k. Medicinalrath und Bezirksarzt in Regensburg,
Dr. Bredauer, k. Bezirksarzt in Neustadt a. W.,
Dr. Brunhuber, prakt. und Bahnarzt in Regensburg,
Dr. Eser, k. Hofrath und prakt. Arzt in Regensburg,
Dr. Grundler, k. Bezirksarzt in Neumarkt i. Ob.,
Dr. Klemz, prakt. Arzt in Nittenau,
Dr. Lammert, prakt. Arzt in Regensburg,
Dr. Mayer, k. Landgerichtsarzt in Amberg,
Dr. Mulzer, k. Bezirksarzt in Waldmünchen,
Dr. August Popp, prakt. Arzt in Regensburg,
Dr. Reinhard, k. Hofrath und prakt. Arzt in Weiden.

Die Wahl der Delegirten zum Schiedsgericht nach § 7 der k. Allerh. Verordnung vom 27. December 1883 zu § 33a der Reichsgewerbeordnungstabelle vom 1. August 1883 ergibt die vorjährigen Namen: Dr. Eser, Dr. Klemz, Dr. Reinhard, Dr. Schmelcher, Dr. Thenn.

In die Commission zur Erledigung von Beschwerden auf Grund des § 12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 wurden gewählt neben dem Vorsitzenden der Aerztekammer: Dr. Eser und Dr. Reinhard, als Ersatzmänner: Dr. Schmelcher und Dr. Thenn.

Zum Abgeordneten für die Sitzung des erweiterten Obermedicinalausschusses wurde Dr. Reinhard gewählt, zu dessen Stellvertreter Dr. Fürnrohr.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten schritt die Kammer zur Berathung der vorliegenden Anträge.

Der Vorsitzende ersucht den zweiten Vorsitzenden Dr. Reinhard, welcher die Vorbesprechung der Kammervorsitzenden in Nürnberg mitgemacht hatte, über die einzelnen Anträge zu referiren und die dortigen Beschlüsse mitzutheilen, worauf der Reihe nach die einzelnen Delegirten die Ansichten ihrer Bezirksvereine zur Kenntniss brachten. Hieran knüpfte sich eine lebhafte Discussion, an welcher sich der k. Regierungscommissär und sämmtliche Delegirten betheiligten, und welche folgende Beschlüsse zur Folge hatte:

1. Antrag der oberbayerischen Aerztekammer, den Beginn des Schuljahres in den Volksschulen im Interesse der Kinder des ersten Jahrganges mit dem Sommersemester festzusetzen".

Der Antrag wird nach eingehender Debatte abgelehnt, nachdem der Vorsitzende eine von ihm veranlasste Aeusserung des Bezirkslehrervereines Regensburg über diesen wie über den nächsten Antrag mitgetheilt hatte.

2. Antrag des Bezirksvereins Augsburg, „den Beginn des Unterrichts an den beiden unteren Volksschulclassen im ganzen Königreich auf 9 Uhr zu verlegen".

Die Kammer lehnte auch diesen Antrag ab, nachdem in erster Reihe hervorgehoben worden war, dass diese Aenderung doch wohl nur für den Winter beabsichtigt sein könnte. In der Discussion wies namentlich Dr. Thenn darauf hin, dass auf dem Lande die Kinder der in anderen Gemeinden eingeschulten Ortschaften stets nur gemeinsam, die jüngeren unter dem Schutze der älteren, also gleichzeitig den oft stundenlangen Weg zur Schule machen müssten, was einen verschiedenen Anfangstermin für die jüngeren Classen illusorisch macht. Andererseits wird in den Städten ohnehin durch geeignete Maassregeln Seitens der Schulbehörden diesem Uebelstande im Winter durch späteren Schulanfang begegnet, wesshalb die Kammer beschliesst, auch diesen Antrag abzulehnen.

3. Antrag des Bezirksvereins München, „die k. Staatsregierung zu ersuchen, vor dem Erlasse wichtiger Bestimmungen für den Aerztestand jedesmal die Aerztekammer oder den erweiterten Obermedicinalausschuss gutachtlich einzuvernehmen".

Wird mit Bezugnahme auf die k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899 über den Vollzug des Impfgesetzes einstimmig angenommen.

4. Antrag des Bezirksvereins Nordschwaben. Ein in gleichem Betreff eingebrachter Antrag auf „Beseitigung des § 13 der k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899 über den Vollzug des Impfgesetzes", weil diese Bestimmung für die Impfärzte kränkend sei, wird als aussichtslos abgelehnt.

5. Antrag des Bezirksvereins München, „die k. Staatsregierung wolle alle wichtigeren, neu erlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeilichen Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss bringen".

Der Antrag wird nach längerer Discussion mit der Modification angenommen, dass die Zusendung nicht an die einzelnen Aerzte, sondern an jeden ärztlichen Bezirksverein in einer der Mitgliederzahl entsprechenden Anzahl von Abdrücken erbeten werden soll.

6. Antrag des Bezirksvereins Hersbruck, „es sei bei der hohen k. Staatsregierung in Anregung zu bringen, ob es nicht thunlich wäre, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterungen zu gewähren in der Richtung, dass:

1. nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3—5 Jahre Berichte gefordert würden, wobei auch
2. der Termin für die Einlieferung derselben auf einen für den praktischen Arzt günstigeren Zeitpunkt verlegt werden möge,
3. dass andere grössere Arbeiten medicinischen Inhaltes solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden".

Nach eingehender Besprechung, an welcher sich namentlich der k. Regierungscommissär betheiligt, wird

Punkt 1 abgelehnt, ebenso Punkt 2, weil aussichtslos und von der k. Staatsregierung bereits ablehnend verbeschieden,

Zu Punkt 3 bemerkt der k. Regierungscommissär, dass schon längere Zeit usuell derartige grössere wissenschaftliche Arbeiten an Stelle der Jahresberichte angenommen werden. Es wird daher beschlossen, an die k. Staatsregierung das Ersuchen zu stellen, diesen Gebrauch durch Ministerialentschliessung feststellen zu wollen.

7. Antrag des Bezirksvereins Nürnberg, „es möge von sämmtlichen Aerztekammern an die k. Staatsregierung die dringende Bitte gestellt werden, die Vorlage der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung baldmöglichst zur erspriesslichen Erledigung zu bringen".

Die Kammer erkennt die volle Berechtigung dieses Antrages an und schliesst sich der Seitens der Nürnberger Vorsitzendenversammlung in Vorschlag gebrachten Resolution einstimmig an, welche lautet:

„Seit der Vorlage an die Kammer der Abgeordneten ist die Schaffung einer Aerzteordnung für Bayern in eine völlige Stockung gerathen. Der Tod des Kreismedicinalrathes Dr. Aub hat dazu den Aerzten ihren wärmsten Vertreter in der Kammer geraubt. Die bayerischen Aerzte, hochbefriedigt von der Vorlage der hohen k. Staatsregierung, erwarten sehnlichst das endliche Inslebentreten von gesetzlichen Vorschriften, durch welche allein eine gedeihliche Weiterausbildung der Organisation des ärztlichen Standes ermöglicht werden wird. Die bayerischen Aerztekammern halten es für geboten, das dringende Ersuchen zu stellen:

„Hohe k. Staatsregierung möge ihren Einfluss geltend „machen, dass beim nächsten Zusammentritt der Kammer „der Abgeordneten die bayerische Aerzteordnung so bald „als möglich zur Berathung gestellt werde."

8. Antrag des Bezirksvereins Nürnberg, „es möchte die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirkssärzten gestattet werden, für die Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen, wie die praktischen Aerzte, Bezahlung von den zuständigen Armenpflegen zu verlangen".

In der Discussion wird auf die schwere Belastung der Bezirksärzte auf dem Lande hingewiesen, und namentlich der enorme Zeitverlust hervorgehoben, welcher den Bezirksärzten bei räumlich sehr ausgedehnten Amtsbezirken erwächst, wofür ausser der Entschädigung für Fahrgelegenheit absolut kein Entgelt geleistet wird.

Der Antrag wird mit allen gegen die Stimme des Vertreters von Amberg, wo die Verhältnisse besser gelagert scheinen, angenommen.

9., 10. Zwei Anträge des Bezirksvereins Allgäu, deren einer die Förderung der ärztlichen Standesinteressen, der andere die Beziehungen zu den Berufsgenossenschaften der Unfallversicherung betrifft, werden abgelehnt, weil der erstere für die Bezirksvereine, nicht aber für die Aerztekammern geeignet erscheint, die Forderungen des zweiten Antrages für selbstverständlich erklärt werden müssen.

11. Antrag des Bezirksvereins Günzburg, Neu-Ulm. Der Antrag bezweckt die Anregung von weiteren Vorsichtsmaassregeln gegen die Verbreitung der Lungentuberculose, theils durch weiteste Verbreitung der von Seite des k. Staatsministeriums des Innern im Jahre 1897 erlassenen Belehrung über die Lungentuberculose, theils durch Ergänzung des Polizeistrafgesetzbuches in Bezug auf Desinfection der Wohnungen, Hausgeräthe, Kleider etc.

Der Antrag wird abgelehnt, weil er in seinem ersten Theile bereits erledigt scheint durch das vom Reichsgesundheitsamte herausgegebene Tuberculosen-Merkblatt, für dessen möglichst weite Verbreitung die k. Staatsregierung auf ihre Kosten sorgen möge; und weil der zweite Theil, als sanitätspolizeiliche Maassregeln enthaltend, vor ein anderes Forum gehöre.

Im Anschluss an diese, allen Bezirksvereinen vorher bekannt gegebenen Anträge berichtete Dr. Reinhard noch über einige weitere Anträge, welche nur der Versammlung der Kammervorsitzenden in Nürnberg vorgelegen waren, und von derselben meist ablehnend beschieden wurden.

Der Bezirksverein Dillingen beantragt eine Erhöhung der amtsärztlichen Diäten; der Antrag wird, als nicht zur Competenz der Aerztekammern gehörig, abgewiesen.

Ein Antrag des Bezirksvereins Reichenhall, die Revision der Leichenschaugebühren betreffend, wird als ungeeignet für die Aerztekammer auf den Instanzenweg verwiesen.

Der Bezirksverein Rosenheim-Ebersberg-Miesbach beantragt, „die Verhandlungen der Aerztekammern sollen auch im ärztlichen Correspondenzblatte veröffentlicht werden".

Nachdem die Münchener medicinische Wochenschrift Seitens der ärztlichen Standesvertretung Bayerns als officielles Organ erklärt worden ist, wird dem Herrn Hofrath Dr. Näher Seitens der Vorsitzendenversammlung eine vertrauliche Besprechung dieses Antrages mit den Herausgebern des letztgenannten Blattes überlassen.

Der Bezirksverein Aschaffenburg hatte einen Antrag auf Abänderung der Standesordnung, die Entlassung betreffend, eingebracht, welcher zur Zeit abgelehnt wurde.

Der Vorsitzende befragt nach Erschöpfung der vorliegenden Tagesordnung, ob Seitens der Bezirksvereine der Oberpfalz und von Regensburg weitere Anträge an die Kammer eingebracht werden wollen.

Nachdem dies nicht der Fall ist, dankt der Vorsitzende dem k. Regierungscommissär für seine rege Theilnahme an den Verhandlungen, welche wesentlich zur Förderung der Arbeiten beigetragen habe.

Dr. Schmelcher dankt dem Vorsitzenden Namens der Delegirten für die umsichtige Leitung der Verhandlungen, worauf der Vorsitzende die Sitzung der oberpfälzischen Aerztekammer für geschlossen erklärt.

Der Vorsitzende: Dr. Brauser. Der Schriftführer: Dr. Eser.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Oberfranken.

Bayreuth, den 29. October 1900.
Vormittags 9 Uhr.

Anwesend sind: Als k. Regierungscommissär: der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Herr Dr. Pürckhauer; als Vertreter für den ärztlichen Bezirksverein Bayreuth: Bezirksarzt Dr. Solbrig-Bayreuth und Bezirksarzt M.-R. Dr. Teicher-Pegnitz; für den ärztlichen Bezirksverein Bamberg: Oberarzt Dr. Jungengel, Dr. Lehmann-Bamberg und Dr. Pürckhauer-Forchheim; für den ärztlichen Bezirksverein Hof: Dr. Scheiding-Hof und Bezirksarzt Dr. Hess-Wunsiedel; für den ärztlichen Bezirksverein Lichtenfels-Staffelstein: Dr. Bullinger-Burgkundstadt und für den ärztlichen Bezirksverein Kronach: Dr. Weber-Kronach.

Der k. Regierungscommissär begrüsst die Kammer, gedenkt der aus der Kammer ausgeschiedenen Herren Medicinalrath Dr. Roth und Landgerichtsarzt Dr. Zinn von Bamberg, Landgerichtsarzt M.-R. Dr. Walther von Hof; widmet dem Andenken des verstorbenen vorjährigen Präsidenten der Kammer, Herrn Dr. Hess-Bayreuth, warme Worte der Ehrung.

Hierauf übernimmt als ältestes Kammermitglied Herr Bezirksarzt Dr. Teicher den Vorsitz und schreitet zur Bildung des Bureaus; durch schriftliche Wahl wurden gewählt:

Oberarzt Dr. Jungengel zum Vorsitzenden,
Bezirksarzt Dr. Solbrig zu dessen Stellvertreter,
Dr. Pürckhauer zum Schriftführer,
Dr. Weber zu dessen Stellvertreter.

Nachdem Bezirksarzt Dr. Solbrig dankend ablehnte, wurde Bezirksarzt Dr. Hess zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Dr. Jungengel übernimmt den Vorsitz, gedenkt nochmals mit ehrenden Worten des im verflossenen Sommer verstorbenen bisherigen Vorsitzenden, Herrn Landgerichtsarzt Dr. Hess-Bayreuth und fordert die Kammer auf, sich zu dessen Andenken von den Sitzen zu erheben.

Hierauf tritt die Kammer in die Tagesordnung ein.

1. Die Wahl zur Bildung des ärztlichen Collegiums zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten. Es werden gewählt: die Herren Bezirksarzt Dr. Solbrig-Bayreuth, Oberarzt Dr. Jungengel-Bamberg, Dr. Martius-Kulmbach, Dr. Scheiding-Hof, Bezirksarzt Dr. Schöpp-Kronach, Bezirksarzt Dr. Hess-Wunsiedel, Landgerichtsarzt Dr. Walther-Hof, Bezirksarzt Dr. Pöschel-Berneck, Dr. Herold-Kronach, Dr. Pfeiffer-Hof, Dr. Weber-Kronach, Dr. Landgraf-Bayreuth.

2. Bekanntgabe der Ministerialentschliessung, betreffend Verbescheidung der Verhandlungen der bayer. Aerztekammer im Jahre 1899.

3. Der ständige Ausschuss hatte im verflossenen Jahre keine Ursache, in Thätigkeit zu treten.

4. Herr Kreismedicinalreferent erstattet der Kammer den Bericht über die Sanitätsverhältnisse des Kreises während des Jahres 1899; der Vorsitzende spricht demselben für seine ausführlichen und interessanten Mittheilungen den Dank der Kammer aus.

5. Berathung der in der Vorbesprechung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern in einer gemeinschaftlichen Sitzung in Nürnberg (21. October 1900) den Aerztekammern zur gemeinschaftlichen Berathung empfohlenen Anträge:

a) Antrag des Bezirksvereins Hersbruck: „Die Kammer möge bei der hohen Staatsregierung in Anregung bringen, ob es nicht thunlich wäre, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3 bis 5 Jahre, Berichte gefordert würden, wobei auch der Termin für die Einlieferung derselben auf einen für die praktischen Aerzte günstigeren Zeitpunkt verlegt werden könnte. Die Kammer möge ferner anregen, ob nicht auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhalts solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden könnten."

Die Kammer vermag sich dem Antrage des Bezirksvereins Hersbruck nur insoferne anzuschliessen, als sie die k. Staatsregierung ersucht, grössere Arbeiten medicinischen Inhalts den Jahresberichten gleichwerthig zu erachten und den Ablieferungstermin der Berichte, wenn möglich, weiter in's Jahr hinein zu verlegen.

b) Der Antrag des Bezirksvereins München: „Die Aerztekammer möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlasse ähnlicher, für den Aerztestand

wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammern oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden möge", findet allseitige Beistimmung.

c) Dagegen wird der weitere Antrag des Bezirksvereins München: „Es möge bei der k. Regierung beantragt werden, dass alle wichtigeren neu erlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss gebracht werden" als zu weitgehend abgelehnt.

d) Ein Antrag des Bezirksvereins Nordschwaben: „Es wolle die Aerztekammer an die k. Staatsregierung die Bitte richten: es möchte die Bestimmung dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen wie die praktischen Aerzte Bezahlung von der zuständigen Armenpflege verlangen" wird mit Majorität angenommen.

e) Der Antrag des Bezirksvereins Augsburg: „Der Beginn des Unterricht an den beiden untersten Schulclassen möge im ganzen Königreich auf 9 Uhr verlegt werden" wird angenommen mit der Modification, dass eingefügt wird „während des Winterhalbjahres".

f) Zu dem Antrage des Bezirksvereins Nürnberg: „Es möge von sämmtlichen bayerischen Aerztekammern an die k. Staatsregierung die dringende Bitte gestellt werden, die Vorlage der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung baldmöglichst zu erspriesslicher Erledigung zu bringen", beschliesst die Kammer, die k. Staatsregierung zu ersuchen, es möge beim nächsten Zusammentritt der Kammer der Abgeordneten die bayerische Aerzteordnung so bald als möglich zur Berathung gestellt werden.

6. Anträge aus der Mitte der Kammer liegen nicht vor.

7. Nachdem Herr Medicinalrath Roth, der bisherige Delegirte zum erweiterten Obermedicinalausschuss, aus der Kammer ausgeschieden ist, ist Neuwahl erforderlich. Es wird als Delegirter gewählt: Oberarzt Jungengel, als Ersatzmann Bezirksarzt Dr. Solbrig. Beide nehmen die Wahl an.

8. In die Commission zur Aberkennung der Approbation werden gewählt, die Herren Dr. Teicher, Dr. Hess, Dr. Solbrig, als Ersatzmänner Dr. Jungengel und Pürckhauer.

9. Dieselben Herren werden in die Commission für Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895 gewählt.

10. Dr. Pürckhauer berichtet über den Stand der Kasse, welche einen Ueberschuss von 125 M. 37 Pf. ausweist. Beiträge sollen für dieses Jahr nicht erhoben werden.

11. Stand der Bezirksvereine:

Bezirksverein Bamberg umfasst 55 Mitglieder, 35 loco, 20 auswärts.

Vorstand: Jungengel. Schriftführer: Herd. Kassier: Gessner. Ausgetreten sind in Folge Wegzugs nach Schweinfurt Dr. Sorger, Schirmer in Folge Versetzung als Bezirksarzt nach Hofheim, eingetreten Müller-Bamberg, Fortner-Ebermannstadt, Kirchner-Bamberg, Heinevetter-Trabelsdorf. 12 Monatsversammlungen.

Bezirksverein Bayreuth: 36 Mitglieder, 1 Ehrenmitglied, loco 20, auswärts 16.

Vorstand: Dr. Solbrig, Secretär und Kassier: Dr. Würzburger. Ausgeschieden sind durch den Tod: Dr. Hess, durch Versetzung: Oberarzt Dr. Zuber, durch Uebersiedelung nach München Dr. Perlmutter, eingetreten Dr. Weiss, k. Landgerichtsarzt, Dr. Reichel, Dr. Blumm, Dr. Dickhoff. 3 Versammlungen.

Bezirksverein Hof: 44 Mitglieder, 14 loco, 30 auswärts.

Vorsitzender: Dr. Scheiding, Schriftführer: Dr. Theile, Rechnungsführer: Dr. Dorn. Eingetreten: Dr. Nesstmann-Schwarzenbach, Dr. Horn-Mkt. Redwitz, Dr. Schindhelm-Münchberg. 8 Monatssitzungen, 3 Generalversammlungen, ein Schiedsgericht.

Bezirksverein Kronach: 14 Mitglieder, 3 in Kronach, 11 auswärts.

Vorstand, Schriftführer und Kassier: Bezirksarzt Dr. Schöpp; Veränderungen sind nicht vorgekommen. 4 Sitzungen.

Bezirksverein Lichtenfels-Staffelstein: 13 Mitglieder.

Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Hümmert-Lichtenfels, Kassier und Schriftführer: Dr. Hollfelder-Ebensfeld; ausgetreten: Dr. Jaenike-Weismain, eingetreten: Dr. Voll-Weismain. 3 Sitzungen.

Dr. Scheiding dankt dem Bureau für die rasche, erspriessliche Leitung der Geschäfte.

Der Vorsitzende dankt dem Herrn Regierungscommissär für dessen erspriessliche Antheilnahme an den Verhandlungen der Kammer.

Gez.: Dr. Pürckhauer, Dr. Jungengel, Dr. Gg. Teicher, k. Bezirksarzt, Dr. Hess, k. Bezirksarzt, Dr. Lehmann, Dr. Scheiding, Dr. Bullinger, Dr. E. Weber, Dr. Solbrig, Dr. Pürckhauer.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Mittelfranken.

Ansbach, den 29. October 1900.
Beginn 9 Uhr.

Anwesend: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Bruglocher als k. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: 1. Ansbach: Medicinalrath Dr. Rüdel; 2. Eichstätt: Bezirksarzt Dr. Beck; 3. Erlangen: Dr. Fritsch, Prof. Dr. Graser; 4. Fürth: Hofrath Dr. Mayer, Dr. Stark; 5. Hersbruck: Dr. Bergmann-Eschenau; 6. Nordwestliches Mittelfranken: Bezirksarzt Dr. Pöschel-Neustadt a. A.; 7. Nürnberg: Hofrath Dr. Beckh, Medicinalrath Dr. Merkel, Oberarzt Dr. Schuh, Dr. Emmerich; 8. Rothenburg: Bezirksarzt Dr. Kähn-Uffenheim; 9. Südfranken: Bezirksarzt Dr. Eidam-Gunzenhausen, Medicinalrath Dr. Lochner-Schwabach.

Regierungscommissär Dr. Bruglocher eröffnet die Kammer, begrüsst die Delegirten und fordert den Alterspräsidenten Dr. Rüdel auf, die Wahl des Bureaus zu leiten; der Genannte nimmt die Legitimationen der Delegirten entgegen, stellt die Präsenzliste fest, ernennt Dr. Schuh zum Schriftführer ad hoc und leitet die Wahl.

Gewählt wurden:

I. Vorsitzender: Dr. Mayer,
II. „ Dr. Lochner,
I. Schriftführer: Dr. Schuh,
II. „ Dr. Stark.

Die Gewählten nehmen die Wahl an.

Regierungspräsident Dr. v. Schelling empfängt das Bureau in längerer Audienz.

Dr. Mayer übernimmt den Vorsitz und gibt die Tagesordnung bekannt:

1. Jahresbericht des ständigen Ausschusses.
2. Kassenbericht 1898/1899 und 1899/1900.
3. Einlauf.
4. Antrag des Bezirksvereins Hersbruck, Aenderung der ärztlichen Jahresberichte betr.
5. Antrag des Bezirksvereins München: Bitte um Einvernahme der Aerztekammern oder des Obermedicinalausschusses vor Erlass wichtiger Bestimmungen und Mittheilung derselben an die Aerzte.
6. Antrag des Bezirksvereins Nordschwaben: Aufhebung der unentgeltlichen Armenbehandlung durch die Amtsärzte.
7. Antrag des Bezirksvereins Augsburg: Bitte, den Unterricht der zwei untersten Schulclassen auf 9 Uhr zu legen.
8. Antrag des Bezirksvereins Nürnberg: Bitte um Erledigung der Aerzteordnung.
9. Antrag des Bezirksvereins Südfranken: Vorschriften bei Infectionskrankheiten betr.
10. Antrag des Bezirksvereins Nürnberg: Bitte an die Staatsregierung, bei Neuberathung des Krankenversicherungsgesetzes auch die Aerzte zu hören und für freie Arztwahl einzutreten.
11. Bericht der Bezirksvereine.
12. Wahlen.

1. Jahresbericht des ständigen Ausschusses:

Vorsitzender: Der Jahresbericht Ihres ständigen Ausschusses weist eine reichere Arbeitsleistung auf als zu erwarten war.

Von den jährlich sich wiederholenden kleineren Geschäften ist wenig zu sagen. Das Regierungsanschreiben, wonach die Vereine die erfolgte Wahl der Kammerdelegirten nicht mehr der k. Regierung, sondern lediglich dem ständigen Ausschuss mitzutheilen haben, wurde Ihnen bekannt gegeben. Da der Meldetermin vom Ausschuss an die Regierung der 1. Juni ist, bitte ich die Vereine, ihre Wahlen vor diesem Termine vorzunehmen.

Der Bezirksverein Nürnberg hat sub 14. Februar 1900 das Ersuchen gestellt, der ständige Ausschuss möge wegen der rigorosen Ausführungsbestimmungen des „Impfgesetzes" bei der Regierung vorstellig werden. Der Ausschuss hatte Kenntniss von milderer Auffassung in anderen Amtsbezirken und hatte Competenzbedenken, und rieth desshalb zu selbständigem Vorgehen, was auch geschah. Es ist bekannt, wie durch die Proteste der Vereine von Nürnberg, Regensburg, München etc. die praktischen Aerzte vollständig befriedigt wurden.

Immerhin hat die Angelegenheit einen unserer heutigen Anträge gezeitigt.

Die Frage über Zulassung der Abiturienten von Realgymnasien zum Studium der Medicin, vielfach in Parlamenten und Schulbehörden besprochen, droht in nicht ferner Zeit mit Ja beantwortet zu werden. Gleich anderen ärztlichen Körperschaften glaubten auch die Vorsitzenden der bayerischen Aerztekammern noch einmal gegen die Neuerung protestiren zu sollen. Im Juni fand in Nürnberg eine gemeinschaftliche Sitzung der Vorstände der ständigen Ausschüsse statt, die vollzählig von allen 8 Kammern beschickt war. Einstimmig wurde eine Eingabe an die Ministerien des Innern und des Cultus beschlossen, die eindringlich die Beibehaltung des seitherigen Bildungsganges forderte. Ende Juni ging die Eingabe ab; Sie finden sie in der Münch. med. Wochenschrift abgedruckt.

An keinem Stande wird so viel experimentirt, wie an dem der Aerzte. Unsere Vivisection stösst nur auf die eigenen Proteste. Noch können wir nicht glauben, dass man ernstlich daran gehen wird, von unserem Stand nicht mehr die höchste geistige Bildung zu verlangen. Aber gefasst müssen wir sein auf dieses juristisch-philologische Experiment auf unsere Kosten.

Das Schiedsgericht der Kammer kam seit seinem Bestande zum ersten Male und dazu gleich zweimal in Thätigkeit. Beide Male wurde wegen Ausschluss aus einem Bezirksverein Protest erhoben, und Beide Male musste das Gericht wegen Nichtbefolgung des Wortlautes der statutarischen Bestimmungen das Urtheil der Vereine aufheben. Es wird uns schwer, den Buchstaben walten zu lassen, wo das Gefühl anders entscheiden möchte. Sachlich konnte das Schiedsgericht den einen Beklagten vielfach entlasten. Der zweite Fall ist noch nicht wieder an das Gericht gelangt.

Ebensowohl manche Vereinsstatuten als die Geschäftsordnung des Schiedsgerichts versagen leicht in vielen Fragen. Eine gründliche Revision beider an der Hand der praktischen Erfahrung wird in's Auge gefasst werden müssen.

Den ministeriellen Bescheid auf die Anträge von 1899 haben Sie erhalten. Die meisten Wünsche sind an andere Ressorts hinübergeleitet, ohne dass uns von dort eine Zustimmung bekannt geworden ist.

Ehe wir zu unseren heutigen Verhandlungen übergehen, haben wir die Pflicht, des grossen Verlustes zu gedenken, den die gesammte Aerzteschaft erlitten, und der uns in der mittelfränkischen Kammer besonders nahe geht.

Aub ist todt. Er, dessen Stellung an der Spitze des deutschen Aerztebundes, als Führer der bayerischen Aerzte genügend bekannt und von berufenen Seiten beleuchtet wurde, ist hervorgegangen aus unserer Aerztekammer, in welcher er zuerst an der Entwicklung unserer Organisation in hervorragender Weise mitarbeitete. Durch lange Jahrzehnte war er mit den Mitgliedern unserer Kammer in warmer Freundschaft verbunden. Nie haben wir das Gefühl verloren, dass er doch eigentlich zu uns Mittelfranken gehöre. Trauernd sahen wir ihn von uns scheiden für immer, zu bald für ihn und zu bald für uns, die wir noch grosse Hoffnungen auf ihn gesetzt hatten.

Ehren wir den geschiedenen Freund durch Erheben von den Sitzen.

Auch personelle Aenderungen in unserer Kammer sind zu verzeichnen. Bezirksarzt Dr. Wahl ist in Pension gegangen. Er war eine Reihe von Jahren ein guter Mitberather bei unseren Arbeiten und wir bedauern seinen Abgang.

In der Kammer begrüssen wir meist die alten Freunde. Willkommen unserem Altmeister Herrn Medicinalrath Dr. Merkel, möge er für lange Jahre nicht mehr unter uns fehlen. Er hat die persönliche Leitung nicht mehr übernehmen wollen, unser geistiger Leiter wird er bleiben.

In Herrn Bezirksarzt Dr. Kühn begrüssen wir einen Freund, dem die Kammer nicht neu ist, wo wir ihn Jahre hindurch als tüchtiges Mitglied schätzen lernten.

Unsere Tagesordnung weist keine Regierungsvorlage auf.

Auch die Ihnen bekannt gegebenen Anträge beanspruchen nicht die Bezeichnung „sehr wichtig“. Immerhin würde durch ihre Annahme manches Interesse der öffentlichen Wohlfahrt und unseres Standes gefördert.

Am wichtigsten ist sicher der 5., von Nürnberg, die Bitte um Beschleunigung der Berathung der Aerzteordnung.

Das Schifflein ist gezimmert, kann aber nicht vom Stapel laufen. Und mit der Stockung stockt auch unser ärztliches öffentliches Leben, das in Erwartung neuer Formen, mit den alten nicht mehr zurechtkommt.

2. Kassenbericht: Dr. Schuh.

a) Kassenbericht pro 1898/1899:

Einnahmen:

Saldo von 1897/98	M.	54.78
Kammerbeiträge	„	161.—
	M.	215 78.

Ausgaben:

Delegation zum Obermedicinalausschuss	M.	56.—
Ausgaben für die Conferenz der Kammervorsitzenden	„	12.—
Druckprotokolle	„	48.95
Copialien	„	25.—
Kranz für Dr. Reichold	„	14. -
Porti, Papier	„	7.23
Verschiedenes	„	10.—
	M.	173.18

Abgleichung:

Einnahmen	M.	215 78
Ausgaben	„	173.18
	M.	42.60.

b) Kassenbericht pro 1899/1900:

Einnahmen:

Saldo von 1898/99	M.	42 60
Rückvergütungen für Auslagen für 3 Conferenzen der Kammervorsitzenden	„	39.—
Kammerbeiträge	„	353 50
	M.	435.10.

Ausgaben:

Delegation zum Obermedicinalausschuss	M.	44.40
Conferenz der Kammervorsitzenden	„	52.08
Druckprotokolle	„	50.80
Copialien	„	34.04
Kranz für Dr Martius, Medicinalrath	„	8.—
Porti, Telegramme, Telephongebühren	„	7.75
Zählblättchen	„	63.70
Verschiedenes	„	12.—
Schiedsgerichte	„	18.11
	M.	290.88.

Abgleichung:

Einnahmen	M.	435.10
Ausgaben	„	290.88
	M.	144.22.

Der Etat für das kommende Jahr wird erheischen:

Delegation	M.	50.—
Drucksachen	„	80.—
Zählblättchen	„	30.—
Porti etc	„	10—
Unvorhergesehenes	„	15.—
Entlohnungen	„	20 —
Sitzungen der Kammervorsitzenden	„	25.—
	M.	230.—.

Zur Deckung durch Umlagen wird ein Beitrag von 50 Pfg. pro Kopf genügen.

Die Kammer beschliesst so.

3. Einlauf: Aus demselben kommt zur Verlesung der Ministerialbescheid.

4. Antrag des Bezirksvereins Hersbruck:

„Die Kammer möge bei der hohen Staatsregierung in Anregung bringen, ob es nicht thunlich wäre, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3 bis 5 Jahre, Berichte gefordert würden, wobei auch der Termin für die Einlieferung derselben auf einen für den praktischen Arzt günstigeren Zeitpunkt verlegt werden könnte. Die Kammer möge ferner anregen, ob nicht auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhalts solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden könnten.“

Zur Begründung dienen die Protokolle der mittelfränkischen Kammer 1898 und 1899. (Münch. med. Wochenschr. 1898, No. 50; 1899, No. 50.)

Referent Dr. Bergmann:

Der vorliegende Antrag ist von uns eingebracht unter Berücksichtigung des Ergebnisses, welches die Besprechung dieser Angelegenheit in der letztjährigen Kammersitzung hatte. Ich darf daher zur Begründung des Antrages in der Hauptsache auf jene Besprechung verweisen. Doch sei es mir gestattet, noch einige ergänzende Bemerkungen zu machen.

Obwohl wir ursprünglich der Ansicht waren, dass die Jahresberichte ganz entbehrt werden könnten, so haben wir uns auf die gegentheilige von competenter Seite ausgesprochene Versicherung hin entschlossen, nur eine Erleichterung im Sinne unseres Antrages anzustreben. Dieses Verlangen dürfte sich aber gewiss rechtfertigen lassen.

Die Jahresberichte sollen in erster Linie zur Qualification der Aerzte dienen. Es ist aber doch wohl ausgeschlossen, dass sich die Qualification eines Arztes in dem kurzen Zeitraum eines Jahres wesentlich ändern könnte. Zudem sind die Jahresberichte, wie ich schon im vorigen Jahre ausgeführt habe, nicht das einzige und gewiss auch nicht das beste Mittel, diese Qualification festzustellen. Ich habe mich, um zu erfahren, wie es in dieser Beziehung in den übrigen grösseren Bundesstaaten gehalten wird, an amtliche Aerzte in Preussen, Sachsen, Württemberg und Baden gewendet und diese Herren haben mir mit dankenswerther Bereitwilligkeit mitgetheilt, dass in keinem dieser Staaten die pro physicatu geprüften Aerzte, bevor sie angestellt werden oder irgend eine amtliche Function versehen, einen Jahresbericht oder überhaupt einen Bericht zu liefern haben. In Württemberg, wo früher eine ähnliche Einrichtung bestand, wurde sie abgeschafft.

Da ist es denn nicht recht verständlich, warum gerade in Bayern alljährliche Berichte zur Qualification unentbehrlich sein sollten, es müsste denn sein, dass die bayerischen Aerzte besonders schwer zu qualificiren sind.

Allerdings wird auch der Einwand gemacht, dass die Jahresberichte als Material für den allgemeinen Sanitätsbericht nöthig seien. Meines Erachtens ist die Benützung der Jahresberichte für den allgemeinen Sanitätsbericht nur als ein Nebenzweck zu denken. Man will eben die Berichte, weil sie einmal da sind, auch noch anderweitig nützlich verwenden. Sie aber lediglich im Interesse des allgemeinen Sanitätsberichtes zu fordern, wäre unbillig. Wenn sie der Staat für diesen Zweck unbedingt nöthig hätte, würde er sie von den prakt. Aerzten nicht unentgeltlich verlangen, sondern würde sie ebensogut wie andere Leistungen, z. B. die im Interesse der Rechtspflege geforderten Berichte, Gutachten, Sectionen u. s. w. honoriren. Er braucht sie aber nicht unbedingt, sondern benützt sie nur, weil und so lange sie eben da sind.

Wenn also der eigentliche Zweck der Jahresberichte, zur Qualification der Aerzte zu dienen, eine Aenderung der bestehenden Einrichtung zulässt, so darf die Rücksicht auf den allgemeinen Sanitätsbericht nicht als Gegengrund angeführt werden.

Damt fällt zugleich die Nothwendigkeit, den jetzigen Einlieferungstermin beizubehalten und es ist kein Grund mehr vorhanden, warum nicht andere grössere Arbeiten medicinischen Inhalts an Stelle der Jahresberichte treten könnten.

Die Herren Kammervorsitzenden haben sich mit den letzten beiden Punkten einverstanden erklärt. Uns aber liegt der erste Punkt zumeist am Herzen, denn gerade dieser bietet die wesentlichste Erleichterung. Ich möchte daher die Kammer bitten, auch diesem Punkt ihre Zustimmung nicht zu versagen. Sie werden sich dadurch die Collegen, die es angeht, zu grösstem Danke verpflichten.

Discussion: Dr. G. Merkel: Die Jahresberichte bilden die Grundlage für die Qualification der prakt. Aerzte im Kreismedicinalausschuss.

Ausser diesem Material liegen nur die Qualificationstabellen der Amtsvorstände der Districtspolizeibehörden vor, welche die Anschauungen jener und der treffenden Bezirksärzte enthalten. So unentbehrlich diese sind, so sind sie von Seite der praktischen Aerzte immer dazwischen bemängelt worden, weil Amtsärzte und praktische Aerzte, besonders auf dem Lande, meist Concurrenten sind und ihr Verhältniss nicht immer ungetrübt bleibt.

Es muss den Aerzten eine Gewähr dafür gegeben werden, dass sie selbst einen Einfluss auf ihre Qualification ausüben können. Diese liegt nun in der Einlieferung von Jahresberichten, welche den Mitgliedern der Kreismedicinalausschüsse zur Kenntniss gelangen. Heben Sie die Qualification in dieser Weise ganz auf, nun dann hängt Ihnen die Examensnote bis an Ihr Ende an!

Die Jahresberichte sind also unentbehrlich in Aller Interesse.

Was soll berichtet werden? Das ist nirgends bestimmt. Es ist zwar angegeben (No. 4 der Ministerial-Entschliessung vom 28. Juli 1897), dass die Aerzte mit den Bezirksärzten zusammenwirken sollen, woher sie aber das Material bekommen sollen, ist nicht gesagt. Sie sind also nur auf Jahresberichte angewiesen aus den ihnen allenfalls überlassenen Heilanstalten oder sie müssen Erlebnisse und Beobachtungen aus der Privatpraxis geben. Wir haben unter unseren mittelfränkischen Berichten sehr werthvolle solche Mittheilungen, aber auch viel werthlose, die die Amtsärzte gerne entbehren.

Eine ganze Anzahl unserer Aerzte betheiligen sich literarisch an den Arbeiten der medicinischen Presse. Ich bin der Meinung, dass solche Arbeiten, welche am Ende des Jahres vorgelegt werden, einem Jahresbericht gleichzuachten wären. Ich zweifle auch nicht, dass die k. Staatsregierung diesem Wunsche entgegenkommen würde.

Anders steht es mit dem Wunsche, dass die Berichte nicht mehr jährlich, sondern nur im mehrjährigen Turnus eingereicht zu werden brauchen. Dem stellen sich zu viele Schwierigkeiten entgegen. Wer soll dies controliren in grossen Städten z. B. oder wenn die Aerzte verziehen?

Jeder wird ein anderes Jahr wählen und es müssen Conspecte für die Jahresberichte der einzelnen Aerzte angefertigt werden! Das geht nicht an. Ebenso ist es mit dem Termin. Die Aerzte wünschen, dass das I. Quartal des Jahres frei bleibe, weil es die vielbeschäftigte Zeit und die Zeit der Rechnungsstellungen einschliesse. Es muss zugegeben werden, dass dies in vieler Hinsicht richtig ist, aber es handelt sich eben um Jahresberichte, die zusammengestellt und abgeschlossen werden müssen. Sie können meines Erachtens nicht hinausgezogen werden. Ich kann nicht rathen, dies zu verlangen, weil ich es für undurchführbar halte. Und wenn man statt „10. Februar" den letzten Februar setzen wollte, was kann das helfen? Der „15. März" der amtsärztlichen Berichte wird sich doch nicht hinausschieben lassen!

Ich kann nur rathen, im Allgemeinen es beim Alten zu lassen und zu bitten, „es möge ausgesprochen werden, dass wissenschaftliche Arbeiten oder grössere Vorträge, welche im Druck vorgelegt werden können — aus dem laufenden Jahre — dem Jahresberichte gleich geachtet werden dürfen".

Dr. Beckh findet die Jahresberichte eine gerechte Forderung an die Staatsdienstadspiranten, stellt aber den Antrag, auch den Wunsch auf thunliches Hinausschieben des Einlieferungstermines anzufügen.

K. Commissär stimmt den beiden Vorrednern zu und betont mit Entschiedenheit, dass die Qualification der Aerzte sich von Zeit zu Zeit, ja von Jahr zu Jahr bessern könne, und dies gegebenen Falls bei Vergebung von staatlichen oder Bahnarztstellen von Belang sein könne.

Zu dem Hinausschieben des Termins sei zu sagen, dass sich der Jahresbericht ganz gut im Laufe des Berichtjahres stückweise zusammenstellen lasse und zur Ablieferungszeit nur eine Ueberredigirung nöthig sein werde.

Die Kammer nimmt den Antrag Merkel an, k. Staatsregierung sei zu ersuchen, grössere Arbeiten medicinischen Inhalts, sowie im Druck erschienene Vorträge solchen Berichten gleichwerthig zu erachten, sowie den Antrag Dr. Beckh, den Ablieferungstermin, wenn möglich, weiter in das Jahr hinein zu verlegen.

5. Anträge des Bezirksvereins München:

I. Die Aerztekammer möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlasse ähnlicher, für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden mögen.

II. Es möge bei der k. Regierung beantragt werden, dass alle wichtigeren neu erlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiet jedem Arzte durch unentgeltliche Zusendung eines Abdruckes derselben zur Kenntniss gebracht werden.

Dr. Stark: Die Veranlassung zu diesem Antrage gab die noch in Aller Erinnerung befindliche Allerh. Verordnung vom 17. December 1899, den Vollzug des Impfgesetzes betr., die in § 3 Abs. II und III eine Bestimmung enthielt, welche die durch staatliche Approbation erlangte Berechtigung zur Ausübung der gesammten Heilkunde beschränkte, die Aerzte, welche bisher ohne Beanstandung geimpft hatten, materiell schädigte und in den Augen des Publicums in Misscredit zu bringen geeignet war.

Selbstverständlich rief dieser Erlass unter den Aerzten grosse Erregung hervor, als deren Folge die Aufhebung dieser strengen, durch nichts motivirten Anordung zu betrachten ist. Um zu vermeiden, dass ähnliche Verordnungen in Zukunft wieder erlassen werden, die dann durch neuerliche Beschlüsse oder Interpretationen annullirt werden müssten, hat München diesen Antrag gestellt und ich bitte die Kammer, dem Antrage München zuzustimmen.

Bezüglich des zweiten Antrages, betreffend Zusendung von wichtigen Verordnungen an jeden einzelnen Arzt, möchte ich eine Aenderung des Wortlautes dahin beantragen, dass die Beschlüsse etc. jedem ärztlichen Bezirksverein durch unentgeltliche Zusendung einer der Mitgliederzahl entsprechenden Reihe von Abdrücken denselben zur Kenntniss gebracht werden. Denn einerseits dürfte die directe Zusendung an jeden einzelnen Arzt mit grösseren Schwierigkeiten verbunden sein, andererseits können die ärztlichen Bezirksvereine ganz gut mit der Vertheilung dieser Abdrücke an ihre Mitglieder betraut werden und werden sich wohl auch dieser geringen Mühe gern unterziehen.

Ich bitte daher die Kammer, dem II. Antrage München in dieser abgeänderten Form ihre Zustimmung zu geben.

Discussion: Dr. Rüdel: Absatz I könne angenommen werden, wenn auch zu erwarten sei, dass nicht mehr so rasch vorgegangen werde, wie beim Impfgesetz.

Absatz II sei nicht zu verlangen, alle anderen Stände könnten Gleiches fordern.

Dr. Merkel: Die Apotheker bekommen solche Mittheilungen durch die Ortspolizeibehörden. Mittheilung an die Vereine sei wohl erreichbar, Versendung an alle Aerzte sei zu weitgehend und scheitere an fehlenden Geldmitteln.

K. Commissär: Die Apotheker haben schon eine ähnliche Forderung gestellt, es ist also auch bei ihnen solche Meldung noch nicht durchgeführt. Die finanzielle Belastung durch Annahme dieser Forderung sei viel bedeutender als man glaube.

Dr. Graser: Es fehlen die vermittelnden Aemter, um die Aerzte zu informiren, die nicht immer in der Lage sind, neue Verordnungen zu erfahren.

Dr. Beckh ist derselben Ansicht. Bei hygienischen Fragen, wenn man uns braucht, weiss man uns auch zu finden. Warum nicht auch in Sachen, die für uns so wichtig sind, wie z. B. die Impffrage? Mittheilung an die Bezirksvereine in einigen Exemplaren sei zu verlangen.

Dr. Merkel: In Nürnberg hat der Bezirksverein die Impferlasse sofort mitgetheilt bekommen, und der Magistrat hat die gedruckte Verordnung allen Aerzten übergeben.

K. Commissär: Was wäre bei Genehmigung des Antrages mit den Aerzten, die keinem Verein angehören?

Vorsitzender: Zu Mittheilungen an diese könnten sich die Vereine verpflichten.

Antrag I einstimmig angenommen.

Antrag II mit der Fassung von Dr. Beckh: „Jedem ärztlichen Bezirksvereine sollen durch unentgeltliche Zusendung mehrere Abdrücke die besprochenen Gesetze etc. zur Kenntniss gebracht werden."

6. Antrag Nordschwaben: „Es wolle die Aerztekammer an die k. Staatsregierung die Bitte richten: Es möchte die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen, wie die praktischen Aerzte Bezahlung von der zuständigen Armenpflege zu verlangen."

Referent Dr. Rüdel: Der vorliegende Antrag, der die Aufhebung der Bestimmung Ziff. 2 Abs. 2 und 3 der höchstlandesherrlichen Kurpfalzbayerischen Verordnung vom 28. October 1803 verlangt, ist in Aerztekammern kein Neuling, denn schon 1872, im ersten Jahre des Bestehens der Kammern, wurde er gestellt und oftmals wiederholt, freilich bis heute ohne Erfolg; trotzdem aber erscheint er mit Recht wieder auf der Bildfläche.

Die erwähnte Allerh. Verordnung wurde durch wiederholte Ministerial-Entschliessungen, durch ein oberstrichterliches Erkenntniss vom Juli 1858 und endlich durch § 14 der k. Verordnung vom 3. September 1879, den ärztlichen Dienst bei den Gerichtsund Verwaltungsbehörden betreffend, für fortdauernd giltig erklärt.

Noch unter dem 10. Juli 1888 hat sich das k. Staatsministerium in der Verbescheidung der Verhandlungen der mittelfränkischen Aerztekammer vom Jahre 1887 dahin ausgesprochen, dass kein Bedürfniss vorliege, jene Verordnung aus dem Jahre 1803 in diesem Punkte aufzuheben, da die meisten Gemeinden Armenärzte angestellt hätten; es wurde also nur die Bedürfnissfrage in's Auge gefasst.

Doch lassen wir weitere juristische Auseinandersetzungen bei Seite und stellen rein vom Standpunkte der ärztlichen Wissenschaft im Jahre 1900 die Frage: Kann der Bezirksarzt sämmtliche Armen seines Bezirkes ärztlich behandeln? Ja oder Nein?

Diese Fragestellung ist unzweifelhaft vollkommen berechtigt, denn ganz zweifellos war es ein rein praktisches Bedürfniss, nämlich die Fürsorge für erkrankte Arme, welche jene Verordnung veranlasste. Diesem Zweck wurde damals vor 100 Jahren auch thatsächlich genügt. Denn alle innerlichen Krankheiten wurden, je nachdem der betreffende Amtsarzt einer therapeutischen Richtung angehörte, nach dieser oder jener Schablone behandelt.

Dass der Kranke öfter oder gar täglich besucht werden sollte, daran dachte damals kein Mensch, höchstens hat der Bader nach 3 oder 6 oder 8 Tagen einmal dem Physikus berichtet, und darauf weitere Weisungen erhalten. Sämmtliche chirurgischen Erkrankungen wurden überhaupt so gut wie nie von promovirten Aerzten behandelt

So liegen die Dinge aber im Jahre 1900 nicht mehr und es ist nun ein Ding der Unmöglichkeit, dieser Verordnung nachzukommen. Wie sollte z. B. der Bezirksarzt in Ansbach, und in den anderen Bezirksämtern liegen die Verhältnisse ganz ähnlich, zugleich einen Armen in Sondernohe, in der Luftlinie 17 km nach Norden entfernt, und in Veitsaurach, in der Luftlinie 24 km nach Westen entfernt, behandeln können?

Die Bahn könnte nur streckenweise benützt werden, abgesehen davon, dass eben der Arzt die fest bestimmte Bahnzeit nicht einhalten kann. Aber auch in Städten, von den grossen will ich gar nicht reden, auch in mittleren und kleineren kann der Amtsarzt dieser Verordnung nicht mehr nachkommen, die eine Privatpraxis unmöglich machen würde, auf welche doch bei Festsetzung des amtsärztlichen Gehaltes vom k. Staatsministerium ausdrücklich Rücksicht genommen wurde. Freilich ist dem Bedürfniss der Armenbehandlung in den allermeisten Ortschaften durch Aufstellung von Armenärzten genügt, aber wenn dies geregelt und zwar, wie auch das k. Staatsministerium ausspricht, die anzustrebende Regel ist, so fällt das Bedürfniss, die in Rede stehende 100 jährige Verordnung aufrecht zu erhalten, eben weg.

Noch eines muss erwähnt werden, wenn z. B. der Bezirksarzt von Ansbach in Veitsaurach, 24 km entfernt, einen armen Typhuskranken behandeln müsste und diesen täglich besuchte, wozu er nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet wäre, so würde diese unentgeltliche Behandlung durch die Fuhrlöhne für die Armenkasse geradezu unerschwinglich werden.

Der Antrag der Aerztekammer, diese längst völlig veraltete Kurpfalzbayerische Verordnung vom 28. October 1803 nun endlich förmlich aufzuheben, erscheint daher vollauf begründet, umsomehr, als schon bei Erlass des organisatorischen Edictes über das Medicinalwesen, k. Allerh. Verordnung vom 8. September 1808, also nur 5 Jahre später, die erstere Verordnung nicht mehr unter das bestehende Brauchbare gerechnet wurde, das auf alle neuen Landestheile übertragen werden sollte, vergl. Einleitung zum organisatorischen Edicte Absatz 2; denn hierin findet sich nichts davon, obwohl die Pflichten der Amtsärzte in Titel 2 § 8 mit 12 ausdrücklich behandelt werden, hat doch der § 11 allein nicht weniger als 18 Unterabtheilungen.

Auf Grund dieser Darlegungen ersuche ich Sie, dem Eingangs gestellten Antrage einmüthig zuzustimmen.

Antrag wird einstimmig ohne Discussion angenommen.

7. Bezirksverein Augsburg: „Der Beginn des Unterrichts an den beiden untersten Schulclassen möge im ganzen Königreich auf 9 Uhr gelegt werden.

Referent Dr. Lochner: Bisher ist in den meisten Städten der Beginn des Unterrichts für die erste Classe der 5 Jahr 9 Monate bis 6 Jahre alten Kinder auf 9 Uhr festgestellt, mit Recht, denn die Einführung der mitteleuropäischen Zeit, die in unserer Gegend den Zeiger der Uhr ¼ Stunde vorgerückt hat, macht den Beginn um 8 Uhr wegen Dunkelheit einen Theil des Jahres unmöglich, besonders nachtheilig ist der frühe Beginn des Unterrichts für die kleinen Kinder. Wenn die kleinen Kinder ordentlich gedeihen sollen in körperlicher Beziehung, ist es nöthig, dass sie gehörig ausschlafen können, wenn sie aber um 8 Uhr in der Schule sein müssen, so müssen sie um 7 Uhr, oder bei weitem Weg noch früher, aus dem Schlaf geweckt werden. Da sich die Kinder nicht selbst anziehen und waschen können, muss die Mutter noch früher aufstehen, um die Kinder herzurichten und ihnen das Frühstück zu bereiten. Das Frükstück sollen die Kinder in Ruhe zu sich nehmen und nicht, wie man das oft sieht, hinunterwürgen, um rasch fortzukommen.

Es werden also nicht bloss die Kinder durch das frühe Beginnen des Unterrichts im Schlaf gestört, sondern auch das ganze Familienleben unangenehm berührt.

In den Dörfern freilich, wo die Schule nicht im Wohnort ist, müssen die kleinsten Kinder um 8 Uhr in die Schule, auch im Winter bei Nacht und Schnee, das hat seinen guten Grund darin, dass die Kinder oft weite Wege machen müssen. Wenn die grösseren Kinder um 8 Uhr, die kleinsten erst um 9 Uhr zur Schule müssten, so könnten sie nicht zusammengehen, es müssten die kleinsten allein gehen, was nicht wünschenswerth ist. Da auf den Dörfern die ganze Familie der Arbeit wegen früh aufsteht, so kann hier von einer Störung des Familienlebens nicht geredet werden.

Alles was für die Zulassung der kleinsten Kinder gesagt ist, gilt ebenso für den II. Curs der 6 Jahr 9 Monate bis 7 jährigen Kinder. Daher wäre es wünschenswerth, dass der Unterricht für den I. und II. Jahrgang in den Städten und grösseren Orten welche keine auswärtigen Schüler haben, erst um 9 Uhr beginnen würde.

Dagegen ist zu sagen, dass die Lehrordnung für Mittelfranken vom 11. Mai 1877 (K.-A.-B. S. 467, 599) für den I. Curs 20 Stunden wöchentlich, für den II. Curs 25 Stunden vorschreibt, es wäre Sache der Schulvorstände, die Zeiteintheilung zu regeln.

Von Fabrikarbeitern wird der Schulunterrichtsbeginn um 8 Uhr dringend gewünscht, da die Eltern um 7 Uhr zur Arbeit gehen und dann die Kinder fortgeschickt werden, und im Winter in der Kälte herumstehen müssen. In Schwabach ist die Einrichtung getroffen, dass die Schule schon um 7¼ Uhr warm und den Kindern zugänglich ist. Allen kann man es eben nicht recht machen, die Mehrzahl wird damit einverstanden sein, dass der I. und II. Curs um 9 Uhr zur Schule kommt.

In der Discussion werden von verschiedenen Seiten die Bedenken gegen solche allgemeine Bestimmungen bestätigt und geäussert, wie andererseits locale Durchführung der Maassregel, besonders in den Städten, schon erfolgt sei.

Die Kammer beschliesst dem Antrag zuzustimmen. Derselbe sei aus hygienischen Gründen wünschenswerth, wenn man auch die entgegenstehenden Schwierigkeiten nicht verkenne.

8. Antrag Nürnberg: „Es möge von sämmtlichen bayerischen Aerztekammern an die k. Staatsregierung die dringende Bitte gestellt werden, die Vorlage der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung baldmöglichst zur erspriesslichen Erledigung zu bringen.“

Referent Dr. G. Merkel: Kurz vor Zusammentritt der vorjährigen Aerztekammer liess die k. bayr. Staatsregierung der Kammer der Abgeordneten den Entwurf eines Gesetzes, „die ärztliche Standes- und Ehrengerichtsordnung betreffend“ zugehen, der allgemein befriedigte, weil der Inhalt des Gesetzesvorschlages alle diejenigen Punkte enthielt, welche in den Sitzungen der Bezirksvereine, der Aerztekammern und des verstärkten Obermedicinalausschusses als wünschenswerthe Theile eines zu erlassenden Gesetzes bezeichnet worden waren.

Auf Wunsch eines Ausschussmitgliedes hat der Vorsitzende des zuständigen Ausschusses der Abgeordnetenkammer, Herr Medicinalrath Dr. Aub, die Berathung im Ausschuss zurückgestellt, da ereilte unseren Freund, noch ehe die gewünschte Zeit der Zurückstellung verflossen war, der Tod — und seit dieser Zeit stockt die Sache. Man sagt uns: „Niemand hält sich darüber auf“. Aber nicht vergeblich soll der Ruf erschallen: „Ist kein Aub da?“

Sehen Sie hinaus, meine Herren Collegen; Preussen hat seine Standesordnung, es ist Sachsen nachgefolgt, Württemberg ebenso, Hessen und Anhalt sind erst jüngst nachgefolgt, und Bayern, der Bundesstaat, der die ersten Schritte auf dieser Bahn vor 30 Jahren gethan hat, der Staat, der seit längster Zeit ein wohlorganisirtes Medicinalwesen hat, über dessen Gebiet sich seit langen Jahren ein Netz von ärztlichen Vereinen ausbreitet, er hat sich überholen lassen. Die bayerischen Aerzte haben selbst, so weit sie konnten, an den Entwürfen gearbeitet und jetzt suchen sie nach kümmerlichen Hilfsmitteln, da sie schliesslich hinter Allen zurückstehen.

Schon ertönen die Rufe „der Staat thut doch nichts für uns“ und die Verlockung, auf falschen Bahnen zu wandeln, tritt immer näher und ungescheuter an die Aerzte heran und bedroht den alten guten Bestand.

Sehen Sie hinein in Ihre Vereine. Alle Arbeit und Mühe bleibt Stückwerk, dem besten Wollen fehlt die Ausführung, den Vereinen die nothwendige Execution, um das durchzuführen, was Noth thut, um das Haus rein zu halten.

Wir wollen, wir müssen uns rühren; wir sind diesmal der Zustimmung der Staatsregierung sicher, wenn wir einstimmig heute beschliessen:

„Die hohe Staatsregierung zu ersuchen, ihren Einfluss geltend zu machen, dass beim nächsten Zusammentritt der Kammer der Abgeordneten so bald als möglich die bayerische Aerzteordnung zur Berathung gestellt werde.“

So schliessen wir uns unseren Collegen in allen Kreisen heute an.

Dies genügt uns aber noch nicht. Die Möglichkeit der Einwirkung der Staatsregierung auf die Arbeiten der Abgeordnetenkammer ist nur eine beschränkte. Wir müssen uns auch der Abgeordnetenkammer gegenüber direct rühren. Zu dem Zweck dürfte es sich empfehlen zu beschliessen:

Der ständige Ausschuss wird ermächtigt, die nöthigen Schritte zu thun, damit bei Bekanntwerden des Einberufungstermines der nächsten Abgeordnetenkammer eine gemeinsame Eingabe der Kammervorsitzenden an die Kammer der Abgeordneten abgehen könne, in der um Beschleunigung der Berathung des Gesetzentwurfes gebeten wird.

Ich bitte Sie, auch diesem Antrage zuzustimmen!

Discussion: Dr. Mayer und Dr. Beckh treten für den Antrag ein.

Dr. Beckh beantragt, den Beschluss in die Form einer Resolution zu kleiden, die so lautet:

„Seit der Vorlage an die Kammer der Abgeordneten ist die Schaffung einer Aerzteordnung für Bayern in eine völlige Stockung gerathen. Der Tod des Kreismedicinalrathes Herrn Dr. Aub hat dazu den Aerzten ihren wärmsten Vertreter in der Kammer geraubt.

Die bayerischen Aerzte, hochbefriedigt von der Vorlage der hohen Staatsregierung, erwarten sehnlichst das endliche Inslebentreten von gesetzlichen Vorschriften, durch welche allein

eine gedeihliche Weiterausbildung der Organisation des ärztlichen Standes ermöglicht werden wird."

Die bayerischen Aerztekammern halten es für geboten, das dringende Ersuchen zu stellen:

„Hohe Staatsregierung möge ihren Einfluss geltend machen, dass beim nächsten Zusammentritt der Kammer der Abgeordneten die bayerische Aerzteordnung so bald als möglich zur Berathung gestellt werde."

Diese Resolution wird einstimmig angenommen, ebenso der Nebenantrag Dr. Merkel.

9. Antrag Südfranken: Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten, hier Diphtherie, Masern und Scharlach.

Referent Dr. Lochner: In der Allerhöchsten Verordnung vom 22. Juli 1891 ist die Anzeigepflicht für Aerzte und das niedere Heilpersonal bei Diphtherie, Masern und Scharlach nur dann vorgeschrieben, wenn diese Krankheiten in grösserer Verbreitung auftreten oder in besonderer Heftigkeit.

Die Erfahrung lehrt, dass man von der Ueberzahl von Aerzten bei solchen Krankheiten erst dann Anzeige erhält, wenn sie bereits eine grössere Ausdehnung genommen haben, so dass gegen die Weiterverbreitung der vielen Herde nichts mehr zu thun ist.

In Schwabach haben wir immer die erste Anzeige von Lehrern erhalten, da die genannten Krankheiten besonders durch die Schule verbreitet werden und sind dann mehrmals in der Lage gewesen, durch Schulschluss oder Entfernung erkrankter Kinder die Weiterverbreitung zu verhüten.

Wir haben daher die Einrichtung getroffen, dass Lehrer, wenn sie von den Eltern hören oder selbst bemerken, dass Kinder an den genannten Krankheiten leiden, sie dies der städtischen Schulleitung schriftlich mittheilen, die diese Meldung sofort dem Bezirksarzt zustellt.

Der Bezirksarzt oder, wo ein solcher ist, der Schularzt kann dann die Schüler besuchen, und wenn er z. B. Erscheinungen an den Augen oder oberen Luftorganen findet, diese auf einige Tage vom Schulbesuch ausschliessen.

Damit aber die Eltern, auch wenn kein Arzt zugezogen wird, wissen, was zu thun ist, haben wir ortspolizeiliche Vorschriften erlassen, die sich sammt den in den Localblättern veröffentlichten Belehrungen gut bewährt haben.

Es dürfte sich empfehlen, die k. Regierung zu ersuchen, diese oder ähnliche einheitliche Vorschriften für den Kreis zu erlassen.

A. Masern.

§ 1. Jedes an Masern erkrankte Kind muss sofort nach Erkenntniss der Krankheit oder wenn deutliche Vorzeichen derselben vorhanden sind, vom Besuche der Schule und der Kirche ausgeschlossen werden.

§ 2. Der Wiedereintritt in die Schule kann nur nach vollständiger Wiedergenesung erfolgen, welche durch ärztliches Zeugniss zu bestätigen ist; war das Kind nicht ärztlich behandelt worden, so darf der Wiedereintritt nicht vor 4 Wochen erfolgen. Das Kind muss reinlich gewaschen und mit frischer Wäsche versehen werden.

§ 3. Die Geschwister der an Masern erkrankten Kinder brauchen nicht vom Besuche der Schule befreit zu werden, falls der Arzt nicht anders bestimmt.

§ 4. Das Besuchen masernkranker Kinder ist strengstens zu vermeiden. Ebenso dürfen die Leichen von an Masern verstorbenen Kindern nicht zur Besichtigung ausgestellt werden, und die Schulkinder ein solches Leichenbegängniss nicht begleiten.

B. Scharlach und Diphtherie.

§ 1. Jedes an Scharlach oder Diphtherie erkrankte Kind muss sofort nach Erkenntniss der Krankheit oder wenn deutliche Vorboten derselben vorhanden sind, vom Besuche der Schule und der Kirche ausgeschlossen werden.

§ 2. Der Wiedereintritt in die Schule kann nur nach vollständiger Wiedergenesung des Kindes auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen.

Das Kind muss reinlich gewaschen und mit frischer Wäsche und Kleidung versehen werden.

Der Wiedereintritt soll bei Scharlach nicht vor 6 Wochen, bei Diphtherie nicht vor 3 Wochen erfolgen.

§ 3. Schulpflichtige Geschwister der an Scharlach oder Diphtherie erkrankten Kinder dürfen 14 bezw. 10 Tage die Schule nicht besuchen und haben ein ärztliches Zeugniss beim Wiedereintritt in die Schule vorzulegen.

Dasselbe gilt auch für die den Kindergarten, die Kinderbewahranstalt und das Kinderasyl besuchenden Kinder.

§ 4. Der Besuch der kranken Kinder ist strengstens zu verhindern; ebenso dürfen die Leichname von den an genannten Krankheiten gestorbenen Kindern nicht zur Besichtigung ausgestellt werden und die Schulkinder ein solches Leichenbegängniss nicht begleiten.

Belehrungen über Scharlach und Diphtherie.

1. Die Vorboten des Scharlachs sind Schlingbeschwerden, Röthe des Rachens, Schwellung der Mandeln, grosse Abgeschlagenheit, Fieber, Erbrechen, beginnende Röthe der Haut.

2. Die Vorboten der Diphtherie sind gleichfalls Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Anschwellung der Mandeln und Halsdrüsen, weisse Punkte und Flecken auf den Mandeln, übler Geruch aus dem Munde, Fieber.

3. Kinder, welche derartige Erscheinungen bieten, sind sofort vom Verkehr mit anderen abzuschliessen, jedenfalls von Schule und Kirche fernzuhalten und in einem gut gelüfteten, mässig erwärmten Zimmer unterzubringen. Die Bedeckung der Kinder im Bett soll leicht und nicht übermässig warm sein. Die Krankenräume sollen täglich gelüftet werden, ohne Zugluft zu erzeugen.

4. Besuche bei den Kranken sind durchaus nicht zuzulassen. Aufbewahrung von Nahrungs- und Genussmitteln im Krankenzimmer soll nicht stattfinden und das Wartepersonal in demselben nicht essen.

5. Im Krankenzimmer und in der Wäsche des Kranken wie am Kranken selbst soll die grösste Reinlichkeit beobachtet und sollen die Kinder stets gebadet werden.

6. Das kranke Kind soll eigenes Trink- und Essgeschirr und namentlich eigene Sacktücher haben.

7. Verunreinigung des Fussbodens, der Wände und Bettstellen erfordert Reinigung mit grüner Seife.

8. Die abgelegte Wäsche der Kranken muss sofort in eine Lösung von Seife, am besten grüner Seife, gelegt, ½ Stunde gekocht und gesondert von anderer Wäsche gewaschen werden.

9. Nach Ablauf der Krankheit sind die Kinder zu baden, mit frischer Wäsche und Kleidern zu versehen und erst nach der oben vorgeschriebenen Frist wieder in die Schule zu schicken.

Belehrung über Masern.

1. Die Masern sind eine ansteckende, d. h. auf andere sehr leicht übertragbare Krankheit, die sich in der Haut localisirt.

2. Die Krankheit befällt vorwiegend das kindliche Alter, doch ist kein Lebensalter vor derselben geschützt. Wer die Krankheit durchgemacht hat, ist in der Regel vor weiterer Ansteckung sicher.

3. Der Verlauf der Krankheit ist meist gutartig; doch können in einzelnen Fällen auch schwere Nebenkrankheiten seitens der Athmungsorgane, des Gehirns, der Augen hinzutreten, wesshalb jeder auch noch so leichte Fall mit Vorsicht zu behandeln ist.

4. Die Uebertragbarkeit und somit die Ansteckungsgefahr ist in den ersten Tagen der Krankheit am stärksten und mindert sich mit dem weiteren Verlauf.

5. Die Vorboten der Masern sind Schnupfen, Husten, geröthete Augen, Halsweh, Fieberhitze, röthliche Punkte an Gesicht und Hals.

6. Am 4. oder 5. Tage verbreitet sich dieser punktförmige Ausschlag allmählich über den ganzen Körper, es tritt Fieber auf, die Schleimhäute der Augen, des Rachens und der Luftwege nehmen fast regelmässig durch katarrhalisch entzündliche Erscheinungen Antheil; in der 2. Woche beginnt eine staubförmige Abschuppung; nach 3 Wochen ist die Krankheit gewöhnlich als abgelaufen zu betrachten.

7. Ein unter solchen Erscheinungen erkranktes Kind soll sofort in einem gut gelüfteten, nicht übermässig warmen Zimmer in's Bett gebracht werden. Die Bedeckung des Kindes im Bett soll eine leichte sein, da das Kind durch das Fieber und den Hautausschlag ohnehin unter erhöhter Wärme zu leiden hat. Das Krankenzimmer soll täglich mehrmals durch Oeffnen der Fenster gelüftet werden, ohne das Kind der Zugluft auszusetzen, die Augen sind gegen grelles Licht zu schützen.

8. Die Leib- wie Bettwäsche muss stets reinlich gehalten und darf jederzeit gewechselt werden. Gebrauchte Wäsche ist sofort in Seifenwasser (am besten grüne Seife) zu legen und muss getrennt gekocht und gewaschen werden.

9. Gesicht und Hände der kranken Kinder sollen regelmässig gewaschen werden. Nach Ablauf der Krankheit muss das Kind gebadet und mit frischer Wäsche und Kleidern versehen werden.

10. Bettstellen, Fussböden sind nach Ablauf der Krankheit mit grüner Seife zu reinigen, und das Krankenzimmer jederzeit längere Zeit gut zu lüften.

Discussion: Dr. Rüdel ist gegen solche Belehrungen, da durch sie leicht Pfuscher erzogen werden, und durch so detaillirte Vorschriften Collisionen mit den behandelnden Aerzten kaum zu vermeiden sind.

Dr. Merkel findet die Mittheilung, dass seit 10 Jahren in Schwabach solche Vorschriften bestehen, sehr interessant und diese selbst sehr geschickt abgefasst. Immerhin sollen sie nur als Beispiel dienen. Aehnliche Vorschriften für den ganzen Kreis wären höchst wünschenswerth, wenn sie auch im eigenartigen Fall einmal versagen oder selbst hinderlich sein können. Das sei schliesslich bei jedem Gesetze der Fall.

Kgl. Commissär hat als Amtsarzt seiner Zeit Aehnliches veranlasst, hält die Anregung für gut und glaubt nicht, dass sie auf Widerstand stossen wird, wenn bei der Umständlichkeit der nöthigen Referate ein Resultat auch nicht zu rasch zu erwarten ist. Längere Dauer bittet er daher nicht als ein Entgegenstehen seinerseits auszulegen.

Dr. Beckh hat ebenfalls schon so gehandelt und stimmt für den Antrag.

Dr. Merkel betont bei dieser Gelegenheit, k. Regierung möge doch den Magistraten der grösseren Städte nahelegen, „Schulärzte" aufzustellen, die eigentlich die Ergänzung und den Schlussstein dieser Anträge bilden.

Dr. Lochner entgegnet Dr. Rüdel, die Belehrung sei natürlich nicht für den Arzt, sondern für das Volk.

Antrag Lochner wird einstimmig angenommen.

10. Antrag Nürnberg: Einer der früheren Redner hat schon gelegentlich des Antrages der Kammer in Bezug auf die Standesordnung der bayerischen Aerzte die tiefgreifende Bewegung gestreift, welche zur Zeit unter den Aerzten aufgetreten ist zur

Besserung ihrer Stellung, besonders den Krankenkassen gegenüber, eine Bewegung, die wir wohl begreifen, aber in dieser Form nicht begrüssen können. Sie erklärt sich einerseits aus dem beklagenswerthen Umstand, dass die Reichsgesetzgebung den wissenschaftlichen Beruf der Aerzte der Gewerbeordnung unterstellte, leider nicht ohne Mitschuld von Aerzten selbst, anderntheils dadurch, dass man die an und für sich so segensreichen Krankenkassengesetze ohne den Beirath und die Mithilfe der Aerzte berieth und beschloss. Wie nun früher schon die Aerztekammer ihren Ruf erhob, „heraus mit den Aerzten aus der Gewerbeordnung" und diese einmüthige Kundgebung der hohen k. Staatsregierung unterbreitete, so möchte ich bitten, dass auch jetzt die Aerztekammer die heutige Sitzung nicht schliesst ohne mit Rücksicht auf die jüngste Bewegung unter den Aerzten, wie sie sich in dem von Leipzig in's Leben gerufenen „Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen" und dem „Verein zum Schutz der ärztlichen Interessen" in Ludwigshafen einerseits, andererseits in der „Centralstelle für freie Arztwahl" manifestirt, an die hohe k. Staatsregierung die Bitte zu stellen, sie möge durch ihre Vertretung im Bundesrathe so weit möglich dahin wirken, dass bei der Neuordnung der Krankenkassengesetze im nächsten Reichstag in den vorbereitenden Commissionssitzungen auch die Stimme der Aerzte gehört werde. Dessgleichen auch möge es der hohen Staatsregierung gefallen, ihre Vertretung im Bundesrath dahin zu instruiren, dass sie ihre Stimmen abgibt zu Gunsten der gesetzlichen Festlegung der freien Arztwahl in den Krankenkassen.

Discussion: Dr. Bergmann fragt, ob die zuzuziehenden Aerzte den ärztlichen Standesvereinen oder den Amtsärzten entnommen werden würden.

Vorsitzender glaubt, dass man darüber doch nicht auch noch specielle Wünsche beifügen könne. In dieser Frage dürfe man wohl jedem Arzte Vertrauen schenken.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

11. Vereinsberichte:

1. Dr. Rüdel: Der ärztliche Bezirksverein Ansbach und Umgebung zählt zur Zeit 25 Mitglieder und 1 Ehrenmitglied.

Versammlungen wurden im Jahre 10 abgehalten, stets in Ansbach, dabei wurden theils wissenschaftliche Vorträge gehalten, theils Standesinteressen besprochen oder pathologisch-anatomische Präparate demonstrirt. Ueber die Versammlungen erschienen kurze Berichte im ärztlichen Correspondenzblatt.

Vorstand: Dr. Rüdel, Schriftführer: Dr. Maar, beide in Ansbach, Kassier: Dr. Baudorf in Heilsbronn.

2. Dr. Beck: Der ärztliche Bezirksverein Eichstätt hat 10 Mitglieder.

Es werden jährlich wenigstens 2 Hauptsitzungen abgehalten, in denen nach aufgestellter Tagesordnung einschlägige Punkte des Vereinslebens, sowie der Standesinteressen, ebenso persönliche Fragen besprochen und alle Einläufe bekannt gegeben werden.

Vorsitzender: Dr. Beck, Bezirksarzt, Schriftführer und Kassier: Dr. Pickel, Landgerichtsarzt.

3. Dr. Fritsch: Der ärztliche Bezirksverein Erlangen zählt zur Zeit 47 Mitglieder und 1 Ehrenmitglied. Es wurden in der Regel alle 4 Wochen gutbesuchte Sitzungen abgehalten.

1. Vorsitzender: Prof. Dr. Eversbusch, 2. Vorsitzender: Dr. Fritsch, Schriftführer: Dr. Müller, Kassier: Dr. Köberlin.

4. Dr. Stark: Der ärztliche Bezirksverein Fürth zählt zur Zeit 33 Mitglieder und 1 Ehrenmitglied, davon 29 in Fürth selbst, 4 auf dem Lande. Ausserdem prakticiren in Fürth 2 Naturheilärzte, ein Arzt, der erst vor Kurzem zugezogen, noch nicht Mitglied des Vereins ist, und ein Militärarzt.

Versammlungen zwanglos, je nach Anfall des Materials.

Vorsitzender: Hofrath Dr. Mayer, Schriftführer und Kassier: Dr. Stark.

5. Dr. Bergmann: Der ärztliche Bezirksverein Hersbruck hat zur Zeit 14 Mitglieder und 1 Ehrenmitglied. Sitzungen finden alle 2 Monate in Hersbruck statt.

Hofrath Dr. Wollner-Hersbruck, I. Vorsitzender, Dr. Reichold-Lauf II. Vorsitzender, Schriftführer und Kassier.

6. Dr. Pöschel: Der ärztliche Bezirksverein Nordwestliches Mittelfranken hat 15 Mitglieder.

Versammlungen werden jährlich 4—5 gehalten, die Mitglieder sind durch die Statuten verpflichtet, sich an der Morbiditäts-Statistik zu betheiligen.

Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Pöschel, Schriftführer: Dr. Laner.

7. Dr. Schuh: Der ärztliche Bezirksverein Nürnberg zählte zu Anfang dieses Jahres 144 Mitglieder und 1 Ehrenmitglied. Davon waren 140 in Nürnberg, 5 auswärts.

Während des Jahres war der Zugang 8 Aerzte, der Abgang 3 Aerzte, so dass der Stand von heute 150 ausmacht, davon 145 in Nürnberg, 5 auswärts.

Der Verein hielt vom October 1899 bis jetzt 9 allgemeine und 12 Vorstandssitzungen ab. Die Betheiligung an den allgemeinen Sitzungen war wieder eine sehr rege. Gegenstände der Verhandlungen waren die Vorlagen für den deutschen Aerztetag und die Aerztekammer, ferner Krankenkassenfragen und Standesinteressen im Allgemeinen.

Die Vorstandschaft besteht aus folgenden Herren: I. Vorstand: Hofrath Dr. W. Beckh, II. Vorstand: Dr. Emmerich, I. Schriftführer: Oberarzt Dr. Schuh, II. Schriftführer: Dr. H. Koch, Kassier: Dr. Weiss, Stellvertreter: Dr. Kirste.

8. Dr. Kähn: Der ärztliche Bezirksverein Rothenburg-Uffenheim zählt zur Zeit 13 Mitglieder und 1 Ehrenmitglied.

Jährlich 3 Sitzungen.

Vorsitzender: Dr. Kähn, Schriftführer: Dr. Lederle.

9. Dr. Eidam: Der ärztliche Bezirksverein für Südfranken besteht aus 44 Mitgliedern in den Bezirksämtern Schwabach, Weissenburg, Gunzenhausen, Dinkelsbühl, Feuchtwangen, Hilpoltstein, dabei ein ausserordentliches Mitglied aus dem Regierungsbezirk Schwaben und 1 Ehrenmitglied.

Abendversammlungen fanden 9 statt, Tagesversammlungen 2 im October 1899 und Mai 1900. Die Morbiditätsstatistik ist durchgeführt.

Vorstandschaft: Dr. Lochner-Schwabach, Vorsitzender; Dr. Eidam-Gunzenhausen, Schriftführer, Dr. Bischoff-Gunzenhausen, Kassier.

Im Anschluss an die Berichte bittet Dr. Schuh die Kassiere um raschere Einsendung der Beiträge. Auf Anregung des Vorsitzenden beschliesst die Kammer, den ständigen Ausschuss zu ermächtigen, vom 1. August jeden Jahres ab die noch nicht eingezahlten Beiträge durch Postmandat zu erheben.

12. Vornahme der Wahlen:

a) Delegirter zum Obermedicinalausschuss: Dr. Merkel, Stellvertreter Dr. Mayer.

b) Mitglieder der Commission zur Aberkennung der Approbation: Dr. Kähn, Dr. Bergmann, Dr. Eidam, Dr. Graser, Dr. Schuh.

c) Schiedsgericht zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des §12 der k. Allerh. Verordnung vom 9. Juli 1895: 1. Mitglieder: Dr. Beckh, Dr. Rüdel, Dr. Pöschel, Dr. Stark. 2. Stellvertreter: Dr. Emmerich, Dr. Fritsch.

d) Wahl von Mitgliedern des ärztlichen Collegiums zur Erstattung von Obergutachten in Unfallsachen:

Hofrath Dr. Göschel-Nürnberg, Landgerichtsarzt Dr. Burgl-Nürnberg, Medicinalrath Dr. G. Merkel-Nürnberg, Prof. Dr. Penzoldt-Erlangen, Prof. Dr. Graser-Elangen, Hofrath Dr. Mayer-Fürth, Landgerichtsarzt Dr. Burkhardt-Ansbach, Medicinalrath Dr. Lochner-Schwabach, Dr. Hans Dörfler-Weissenburg a. S., Bezirksarzt Dr. Beck-Eichstätt, Bezirksarzt Dr. Kähn-Uffenheim, Bezirksarzt Dr. Pöschel-Neustadt a. A.

Der Vorsitzende dankt dem k. Commissär für seine Theilnahme an den Verhandlungen und schliesst die Kammer mit einem Hoch auf Seine Königliche Hoheit Prinzregent Luitpold.

Dr. Bergmann dankt dem Vorsitzenden für seine Geschäftsleitung.

Schluss ½ 12 Uhr.

Dr. Mayer. Dr. Schuh.

Protokoll der Sitzung der Aerztekammer von Unterfranken.

Würzburg, den 29. October 1900.

Beginn der Sitzung 10 Uhr Vorm.

Anwesend: Als Regierungscommissär der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. G. Schmitt. Als Delegirte der Bezirksvereine: Aschaffenburg: Dr. Roth, k. Landgerichtsarzt, Hassfurt-Ebern: Dr. Albert, k. Bezirksarzt, Gemünden-Lohr: Dr. G. Oschmann, prakt. Arzt, Gerolzhofen-Volkach: Dr. Zöllner, k. Bezirksarzt, Kissingen: Dr. Sotier, Medicinalrath, Kitzingen: Dr. Schultz, prakt. Arzt, Königshofen: Dr. Jäger, prakt. Arzt, Miltenberg-Amorbach: Dr. Döderlein, prakt. Arzt, Neustadt a. S.: Dr. Baumgart, prakt. Arzt, Obernburg: Dr. Blümm, k. Bezirksarzt, Ochsenfurt: Dr. Goy, k. Bezirksarzt, Schweinfurt: Dr. Mang, prakt. Arzt, Würzburg: Dr. Engelhardt, k. Bezirksarzt, Dr. O. Dehler, prakt. Arzt, Dr. F. Reuss, prakt. Arzt.

Der Alterspräsident, Medicinalrath Dr. Sotier, leitet die Wahl des Bureaus. Die schriftlich vorgenommene Wahl ergibt: Dr. Engelhardt als Vorsitzenden, Dr. Sotier als dessen Stellvertreter, Dr. Dehler als Schriftführer.

Herr Regierungscommissär, Kreismedicinalrath Dr. Schmitt, begrüsst Namens der k. Regierung die Versammlung, widmet dem verstorbenen, langjährigen Kammervorsitzenden Herrn k. Bezirksarzt Dr. Röder einen warmen Nachruf und beglückwünscht hierauf die Kammer zu der Wahl eines des Verstorbenen so würdigen und trefflichen Nachfolgers.

Von Seite des k. Staatsministeriums, sowie der k. Kreisregierung wurden der Kammer in diesem Jahre keine Vorlagen gebracht.

In den Einlauf gelangten:

1. Die Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern vom 14. Juli 1900, betr. die Verbescheidung der Anträge der 8 Aerztekammern Bayerns pro 1899.

2. Beileidsschreiben aus Anlass des Todes des Kammervorsitzenden Herrn Dr. Röder von Seite des Herrn Medicinalrathes Dr. Merkel, von den ständigen Ausschüssen der Aerztekammern der Pfalz, von Niederbayern und Schwaben, sowie von den Bezirksvereinen Bad Kissingen und Schweinfurt.

3. Anschreiben der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft für Unterfranken und Aschaffenburg, betr. Honorirung ärztlicher Zeugnisse. Hiernach hat der Vorstand dieser Berufsgenossenschaft beschlossen, es bis auf Weiteres bei dem

dermalen noch in Geltung befindlichen Gebührensatze (3 M.) zu belassen.

Zu Punkt 3 theilt Herr Regierungsreferent auf eine aus der Mitte der Versammlung vorgebrachte Anfrage hin mit, dass der Honorarsatz von 3 Mark für das im Gebrauche befindliche kurze Formular als genügend anzusehen sei. Grössere Gutachten mit eingehender Motivirung oder solche, zu deren Abfassung umständlichere Untersuchungen (Harnanalyse, Elektricität oder dergl.) nothwendig seien, würden von Fall zu Fall entsprechend höher honorirt. Die Kammer drückt den Wunsch aus, dass von Seite der Berufsgenossenschaft diese Auffassung der Erledigung der Honorarfrage den Aerzten mitgetheilt werden möge. Herr Med.-Referent macht die Zusage, dies bei dem Genossenschaftsvorstande in Vorschlag zu bringen.

4. Im Juni d. J. fand in Nürnberg eine Besprechung der Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse über die Frage: „Realgymnasium und Studium der Medicin" statt. An dieser Versammlung nahm für Unterfranken der Schriftführer der Aerztekammer Dr. Dehler Theil. Es wurde beschlossen, an die k. Staatsregierung die Bitte zu richten, „den Einwänden der sämmtlichen bayerischen Aerztekammern gegen die Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien Gehör zu schenken und den Standpunkt von 1897 nicht zu verlassen". Diese motivirte Eingabe wurde in No. 27 der Münch. med. Wochenschr. veröffentlicht.

Anträge:

I. Der Bezirksverein Hersbruck beantragt, es möge an die k. Staatsregierung die Bitte gerichtet werden, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass

1. nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3 bis 5 Jahre, Berichte gefordert würden,

2. der Termin für die Einlieferung der Berichte auf einen für den prakt. Arzt günstigeren Zeitpunkt verlegt werde und

3. dass auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhalts solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden sollen.

Zur Begründung dienen die Protokolle der mittelfränkischen Kammer aus 1898 und 1899.

Nach kurzer Debatte, bei der der Vorsitzende die Undurchführbarkeit des Punktes 1 betont, wird folgender Antrag einstimmig angenommen:

„K. Staatsregierung wird ersucht, den praktischen Aerzten welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass grössere Arbeiten medicinischen Inhalts solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden und der Ablieferungstermin der Berichte, wenn möglich, weiter in das Jahr hinein verlegt werde."

II. Antrag des Bezirksvereins München:

„Die Aerztekammer wird aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig, dass vor dem Erlasse ähnlicher, für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werde."

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

III. Antrag des Bezirksvereins München:

„Die k. Regierung möge alle wichtigeren neu erlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeiliche Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem ärztlichen Bezirksvereine durch unentgeltliche Zusendung einer der Mitgliederzahl entsprechenden Reihe von Abdrücken dieser Verordnung zur Kenntniss bringen."

Der Vorsitzende hält die Forderung für schwer durchführbar, die Kammer spricht sich jedoch für den Antrag aus.

IV. Antrag des Bezirksvereins Nordschwaben:

„An die k. Staatsregierung wird die Bitte gerichtet: Es möchte die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen wie die praktischen Aerzte Bezahlung von der zuständigen Armenpflege zu verlangen."

Der Vorsitzende gibt zu bedenken, dass bei Durchführung der im vorliegenden Antrage gestellten Bitte die Armenpflegen in manchen Landgemeinden und kleineren Städten empfindlich betroffen würden, dass dann kein wesentlicher Unterschied zwischen der Behandlung der Armen und Wohlhabenden mehr bestehe, dass ferner die Amtsärzte sowohl bei ihren Collegen als bei den Armen in ein schiefes Licht kämen und weil dieser Gegenstand früher bereits von hoher Stelle zu Ungunsten des Antrages erledigt worden sei.

Im Laufe der Debatte wurde jedoch festgestellt, dass in Abschnitt 3 der ministeriellen Verbescheidung der Kammerverhandlungen vom Jahre 1898 der Bitte um Revision und Ergänzung der Allerh. Verordnung vom 20. December 1875, die Vergütung für ärztliche Amtsgeschäfte betr., bereits eine weitere Würdigung in Aussicht gestellt sei und dass somit die Wiederholung der im Antrage ausgesprochenen Bitte wohl nicht unangebracht wäre.

Die Kammer nimmt den Antrag Nordschwaben an und erweitert denselben noch dahin, dass es heissen soll: „. . . . dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe der Gendarmerie und den Armen seines Bezirkes etc."

V. Antrag des Bezirksvereins Augsburg:

„Der Beginn des Unterrichts in den Wintermonaten an den beiden unteren Classen möge im ganzen Königreiche auf 9 Uhr verlegt werden."

Der Vorsitzende erläutert, dass für den Regierungbezirk Unterfranken in dieser Frage Folgendes maassgebend ist:

1. Die Lehrordnung für die deutschen Schulen des Kreises Unterfranken und Aschaffenburg vom 8. November 1870 Ziff. 5. Die nähere Anordnung der Tagesstunden für den Beginn des Unterrichtes bleibt den Ortsschulbehörden überlassen, welche hiebei auf die localen Verhältnisse geeignete Rücksicht zu nehmen haben.

2. Das Reg.-Ausschreiben vom 19. XI. 1869 (Kreisamtsblatt 1869, No. 156) den Besuch des Frühgottesdienstes an den Werktagen durch die Schulkinder betr.

3. Die Reg.-Entschliessung vom 4. Januar 1893: „Der Schulbeginn in den Wintermonaten".

Durch diese letztere Entschliessung ist es im Regierungsbezirk Unterfranken den Ortsschulbehörden überlassen, je nach den örtlichen Verhältnissen zu verfahren. Gegen diese Einrichtung ist noch keinerlei Klage laut geworden. Die Kammer hat demnach derzeit keine Veranlassung eine Aenderung in den bestehenden Verhältnissen für den Kreis Unterfranken zu wünschen, erklärt sich jedoch gerne bereit, insoferne den Antrag Augsburg zu unterstützen,

„dass die k. Staatsregierung gebeten werden soll, für das ganze Königreich den Schulbeginn in den Wintermonaten in ähnlicher Weise wie im Kreise Unterfranken zu regeln".

VI. Der Schriftführer Dr. Dehler macht die Mittheilung, dass bei der Vorbesprechung der Vorsitzenden der Aerztekammern zu Nürnberg am 21. October d. J. neuerdings für dringend nothwendig erachtet wurde, dass von Seite der Kammern wiederholt die Bitte an die k. Staatsregierung gestellt werde, im Interesse der Aerzte sowohl wie der Allgemeinheit, für die baldige Erledigung der Vorlage betr. Aerzteordnung Sorge tragen zu wollen. Die Gründe sind seit Jahren in ausführlichster Weise in den ärztlichen Standesvertretungen erörtert und zur Kenntniss hoher Staatsregierung gebracht worden. Seit der Vorlage an die Kammer der Abgeordneten ist die Schaffung der von den Aerzten gewünschten Aerzteordnung für Bayern in eine völlige Stockung gerathen. Der Tod des Kreismedicinalrathes Dr. Aub hat dazu den Aerzten ihren wärmsten Vertreter in der Kammer geraubt. Die bayerischen Aerzte, hochbefriedigt von der Vorlage der k. Staatsregierung, erwarten sehnlichst das endliche Inslebentreten von gesetzlichen Vorschriften, durch welche allein eine gedeihliche Weiterausbildung der Organisation des ärztlichen Standes ermöglicht werden wird. Die unterfränkische Aerztekammer hält einstimmig für geboten, im Verein mit den übrigen Aerztekammern Bayerns das dringende Ersuchen zu stellen:

„Hohe Staatsregierung möge ihren Einfluss geltend machen, dass beim nächsten Zusammentritt der Kammern der Abgeordneten die bayerische Aerzteordnung so bald als möglich zur Berathung gestellt werde".

Kassenbericht:

Ueber den Stand der Kasse berichtet der Schriftführer Dr. Dehler. Die Einnahmen beliefen sich bei einem Mitgliederstand von 255 auf M. 257.—, die Ausgaben betrugen: M. 227.85, so dass ein Activrest von M. 29.15 verbleibt. Der Kammerbeitrag für das künftige Jahr wird wieder auf M. 1.— pro Vereinsmitglied festgesetzt. Der Kassaabschluss wird genehmigt.

Wahlen:

Als Delegirter zum erweiterten Obermedicinalausschuss sowie zum Aerztetag wird Herr Dr. Engelhardt gewählt, als Ersatzmann Herr Dr. Roth.

In den Ausschuss zur Aberkennung der Approbation (k. Allerh. Verordnung vom 27. Dec. 1883) wurden gewählt die Herren: Goy, Engelhardt, Dehler, Schmidt, Blümm.

Alle Kassageschäfte incl. der für den Verein zur Unterstützung hilfsbedürftiger invalider Aerzte übernimmt wieder Herr Dr. Dehler.

Dr. Dehler macht die erfreuliche Mittheilung, dass es nach mehrjährigen Bemühungen nunmehr gelungen sei, einer ursprünglich von der unterfränkischen Kammer ausgehenden Anregung, der Gründung einer Unterstützungskasse für arme Arztenswittwen nachzukommen. Es sei eine unter der Verwaltung der Vorstandschaft des Vereins zur Unterstützung invalider Aerzte stehende Kassa in's Leben gerufen worden, aus der in harter Bedrängniss befindliche Arztenswittwen Unterstützung erhielten. Die Mittel dieses Fonds seien zwar noch bescheiden, allein unterstützt durch das Wohlwollen der Collegen werde auch diese Wohlthätigkeitseinrichtung baldigst gedeihen. Der Sterbekassaverein der Aerzte Bayerns hat in den letzten Jahren starkes Wachsthum zu verzeichnen. In Unterfranken betrug der Zugang in 3 Jahren ca. 40 Mitglieder. Auch von dem Aerztl. Wittwen- und Waisenkasseverein ist zu hoffen, dass er nach Reorganisation seiner Beitragsleistungen neu aufleben wird zum Besten des ärztlichen Standes.

Im Vollzuge der Bekanntmachung vom 27. Juli 1894, die Bildung ärztlicher Collegien zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten betr., gemäss I, Ziff. 4, wählt die Kammer folgende Aerzte:

1. Dr. Seitz, k. Bezirksarzt in Würzburg,
2. Dr. Dehler, prakt. Arzt und Bahnarzt in Würzburg,
3. Dr. Fröhlich, k. Hofrath und Spitalarzt in Aschaffenburg,
4. Dr. Schmidt, k. Bezirksarzt in Kitzingen,
5. Dr. Preisendörfer, prakt. Arzt in Lohr,

6. Dr. Brinsteiner, prakt. Arzt in Volkach.
7. Dr. Albert, k. Bezirksarzt in Hassfurt.
8. Dr. Marzell, prakt. Arzt in Aub.
9. Dr. Sotier, Medicinalrath in Bad Kissingen.
10. Dr. Stumpf, k. Landgerichtsarzt und Universitätsprofessor in Würzburg.
11. Dr. Mayring, prakt. Arzt in Würzburg.
12. Dr. Mang, prakt. Arzt in Schweinfurt.

Der Vorsitzende schliesst mit dem Ausdrucke des Dankes an den Herrn Regierungscommissär die Sitzung um 12½ Uhr.

Der Vorsitzende: Dr. Engelhardt. — Der Schriftführer: Dr. Dehler.

Protokoll über die Sitzung der Aerztekammer von Schwaben und Neuburg.

Augsburg, am 29. October 1900.

Beginn der Sitzung: Morgens 9 Uhr.

Anwesende: Der k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Roger als k. Regierungscommissär. Als Delegirte der Bezirksvereine: B.-V. Allgäu: Dr. Riegel, k. Landgerichtsarzt in Kempten; Dr. Wille, k. Bezirksarzt in Markt Oberdorf und Dr. Engelhardt, prakt. Arzt in Kaufbeuren; B.-V. Augsburg: Dr. Hagen und Dr. F. W. Müller, prakt. Aerzte in Augsburg; B.-V. Dillingen: Dr. Sell, k. Bezirksarzt in Dillingen; B.-A. Günzburg-Neuulm: Dr. Nothaass, k. Bezirksarzt in Günzburg a. D.; B.-V. Lindau: Dr. Volk, k. Bezirksarzt in Lindau; B.-V. Memmingen: Medicinalrath Dr. Holler, k. Bezirksarzt in Memmingen; B.-V. Nordschwaben: Dr. Rohmer, prakt. Arzt in Nördlingen.

Der k. Regierungscommissär begrüsst die Delegirten, wofür Bezirksarzt Dr. Volk dankt. Letzterer gedenkt noch der opferfreudigen Mühewaltung des bisherigen geschäftsführenden Ausschusses, des Hofrathes Dr. Troeltsch und des Dr. Miehr, von denen ersterer 6 Jahre lang als Vorsitzender und letzterer 24 Jahre lang als Schriftführer der Kammer angehörte, und forderte die Anwesenden auf, zum Zeichen des Dankes sich von den Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Die Wahl des neuen Ausschusses, welche Dr. Volk als Alterspräsident leitet, ergibt folgendes Resultat:

Vorsitzender: Dr. Hagen,
Stellvertreter: Dr. Holler,
Schriftführer: Dr. Müller,
Stellvertreter: Dr. Rohmer.

Alle nehmen die Wahl dankend an. Der neugewählte Ausschuss macht unter Führung des k. Regierungscommissärs Sr. Excellenz dem Herrn k. Regierungspräsidenten Ritter v. Lermann, seine Aufwartung.

Die Kammer tritt nun in die Berathung der Tagesordnung ein.

I. Rechenschaftsbericht des Vorsitzenden des ständigen Ausschusses der schwäbischen Aerztekammer 1899.

Aus demselben ist anzuführen, dass die Anträge betr. Maassregeln gegen die Infectionsgefahr der Tuberculose (B.-V. Günzburg-Neuulm) und Armenbehandlung durch die Bezirksärzte (B.-V. Nordschwaben) bei der Vorbesprechung zur vorjährigen Aerztekammer zurückgestellt worden waren, damit sie den ständigen Ausschüssen der übrigen bayerischen Aerztekammern zuvor mitgetheilt und zu gleichzeitiger Antragstellung in sämmtlichen Aerztekammern gebracht werden könnten.

Solche Mittheilung geschah bei den Versammlungen der Kammervorsitzenden in Nürnberg am 10. Juni und am 21. October 1900.

Von einer Drucklegung der höchst dankenswerthen Arbeit von Dr. Miehr: „Historischer Rückblick auf die 25 jährige Thätigkeit der schwäbischen Aerztekammer“ wurde aus verschiedenen Gründen abgesehen.

Aus Anlass des Todes des allseitig so hochverehrten und um den ganzen ärztlichen Stand so hochverdienten Kreismedicinalrathes Dr. Aub richtete der Vorsitzende ein Condolenzschreiben an den ständigen Ausschuss der oberbayerischen Aerztekammer.

Die k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899 über den Vollzug des Impfgesetzes gab Veranlassung zu wiederholter Correspondenz mit den Bezirksvereinen Schwabens, ebenso auch die Frage über die Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien zum Studium der Medicin. Ueber letztere Frage wurde in der Versammlung der Kammervorsitzenden vom 10. Juni 1900 in Nürnberg Herr Hofrath Dr. Mayer in Fürth mit der Abfassung einer Collectiveingabe an das k. Staatsministerium betraut.

Die beim geschäftsführenden Ausschusse eingelaufenen Anträge wurden nicht nur den 7 schwäbischen Bezirksvereinen, sondern auch sämmtlichen Kammerausschüssen mitgetheilt. In der Versammlung der Kammervorsitzenden in Nürnberg am 21. October, an welcher auch der Berichterstatter theilnahm, wurden die Anträge einer Vorbesprechung unterzogen und das Resultat am 23. ds. Mts. gedruckt sämmtlichen Delegirten und Vorständen der ärztlichen Bezirksvereine Schwabens zugeschickt.

Am Schlusse erlaubt sich der Berichterstatter, noch einen Vorschlag zu machen, von dessen Annahme er sich nach seinen Erfahrungen in der Geschäftsführung des ständigen Kammerausschusses sich eine sehr wohlthätige Erleichterung bieten würde nicht nur, sondern vor Allem eine sichere Regelung solcher Geschäftsführung und eine ebenso wesentliche als nothwendige Steigerung des Interesses der einzelnen Collegen an den Aufgaben und Bestrebungen der ärztlichen Bezirksvereine wie Aerztekammern und damit eine grosse Förderung der Lösung dieser Aufgaben versprechen zu dürfen glaubt.

Es ist dies der Vorschlag, dass alle Bezirksvereine Schwabens zunächst, dann, wo möglich, alle bayer. ärztlichen Bezirksvereine insgesammt sich verpflichten möchten, ihre Protokolle, mit besonderer Ausführlichkeit der allgemein wichtigen Anträge und ihrer Begründung wie Besprechung, dem bayer. ärztlichen Correspondenzblatte zu übersenden. **Dieses Blatt würde damit seinem** Namen erst vollauf entsprechen. **Selbstverständlich ist es, dass** für solche Leistung der Aufnahme der Protokolle auch auf die Gegenleistung zahlreicher Abonnements von Seite der Vereinsmitglieder das Blatt sicher zu rechnen haben müsste, was anderntheils nur möglich erscheint, wenn der bisherige so billige Preis des Abonnement (bei Mindestbezug von 5 Exemplaren 2 M., von 20 Exemplaren nur 1 M. 50 Pfg. pro Halbjahr für Vereine) beibehalten wird.

Eine diesbezüglich bei der Versammlung der Kammervorsitzenden in Nürnberg vom Berichterstatter gegebene Anregung fand leider zunächst wenig Anklang. (Dr. Troeltsch.)

II. Kassenbericht, erstattet von dem Vorsitzenden des ständigen Ausschusses der vorjährigen Aerztekammer.

Einnahmen:

Activrest	M. 180.69
Mitgliederbeiträge pro 1899 von den ärztlichen Bezirksvereinen (Dillingen, Günzburg-Neuulm, Memmingen) 61 Mitglieder à M. 1.50	„ 91.50
Zins aus Pfandbriefen	„ 17.50
Summa:	M. 289.69
Ausgaben	„ 196.48
Activrest	M. 93.21
Dazu kommen	„ 500.—

in 3½ proc. Pfandbriefen in der Kasse.

III. Bericht des Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse.

Dieser Bericht wird nicht verlesen, da über diese Verhandlungen Stillschweigen beobachtet werden soll.

IV. Berichte der Delegirten über den Stand und die Thätigkeit ihrer Bezirksvereine.

Bezirksverein Allgäu: Der Verein zählt zur Zeit 53 Mitglieder. Während des Vereinsjahres sind 8 Mitglieder neu zugegangen, 2 Mitglieder haben wegen Wegzug ihren Austritt erklärt.

Auf den 2 Vereinsversammlungen in Kempten und Kaufbeuren fanden Vereins- und Standesangelegenheiten eingehende Besprechung.

Vorsitzender Dr. Wille, k. Bezirksarzt in Markt Oberdorf; Schriftführer: Dr. Engelhardt, Bahn- und Krankenhausarzt in Kaufbeuren; Kassier: Dr. Krafft, Augenarzt in Kempten. (Dr. Engelhardt.)

Bezirksverein Augsburg: Im Mitgliederstande des ärztlichen Bezirksvereines Augsburg ergaben sich im Laufe des Jahres 1899/1900 folgende Veränderungen: Ausgetreten ist in Folge von Beförderung und Versetzung der k. Medicinalrath Dr. Dorffmeister in Regensburg; als dessen Nachfolger trat der von Neuulm nach Augsburg berufene k. Bezirksarzt I. Cl. Dr. Böhm ein. Weiter traten ein: Dr. Aurnhammer, prakt. Arzt in Augsburg, Dr. Gollwitzer, prakt. Arzt in Augsburg, Dr. Völk, prakt. Arzt in Augsburg (inzwischen zum k. Bezirksarzte in Zusmarshausen ernannt), Dr. Spiegel, prakt. Arzt in Oberhausen, Dr. Luest, k. Bezirksarzt in Schwabmünchen.

Uebergetreten in den Bezirksverein Günzburg a/D. ist in Folge von Versetzung Dr. Nothaass, k. Bezirksarzt in Günzburg a/D.

Der Stand ist also 49, und zwar 34 in Augsburg und 15 auf dem Lande.

Während bisher jährlich in der Regel nur 2 ordentliche Sitzungen abgehalten wurden, finden auf Anregung des Vorsitzenden und nach Beschluss des Vereins von jetzt ab Quartalssitzungen statt, weil sich herausgestellt hat, dass der sich für jede Sitzung ansammelnde Einlauf und Berathungsstoff in der gegebenen Zeit schwer bewältigt werden kann.

An die I. Quartalssitzung am 27. März 1900, worin die Preisschrift des Dr. Alexander über das Pfuscherthum, im Anschlusse hieran die Aenderung unserer Gesetzgebung, die Bildung von Ortsgruppen des Deutschen Vereins für Volkshygiene, der Allgemeine deutsche Versicherungsverein für Aerzte, zur Besprechung kamen, reihte sich eine wohlgelungene, sehr zahlreich besuchte, von collegialem Geiste durchwehte Abschiedsfeier für Herrn Medicinalrath Dr. Dorffmeister an.

Die II. Sitzung am 24. April hatte zur Tagesordnung: die Besprechung der k. allerh. Verordnung vom 21. December 1899, den Vollzug des Impfgesetzes betr.

In der III. Sitzung am 29. Mai 1900 wurde zunächst von dem Vorsitzenden in einem tiefempfundenen Nekrologe der Manen des Dr. Aub † in dankbarer Weise gedacht, sodann wurde berathen über die Zulassung der Realgymnasiumabsolventen zum Studium

der Medicin. In Betreff dieser Frage steht der Bezirksverein Augsburg immer noch auf seinem früheren, wie er glaubt, sehr wohl motivirten Beschlusse. Ebenso die Bezirksvereine Günzburg-Neuulm, Dillingen etc. Dieser Gegenstand, sowie die Bitte an das k. Staatsministerium, es mögen vor Erlass von wichtigen, den ganzen Aerztestand berührenden Gesetzen, Verordnungen etc. die Aerztekammern einvernommen werden, sollen der Vorberathung der Vorsitzenden der Aerztekammern in Nürnberg unterstellt und, wenn sie dort Annahme finden, von sämmtlichen Kammern eingebracht werden.

Ein ausführliches und sehr gutes Referat erstattete Dr. Schmidt-Bäumler über das ärztliche Versicherungswesen, speciell über Kranken- und Invaliditätsversicherung. Als die billigste Kasse dieser Art erscheint die Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands und ihre Prospecte sollten womöglich jedem sich niederlassenden jungen Collegen von dem Amtsarzte eingehändigt werden. Auch der Correferent Dr. Heinsen sprach sich im gleichen Sinne aus. Bei den vorgenommenen Wahlen baten Dr. Troeltsch und Dr. Miehr wiederholt dringend bei ihrer so langjährigen Function als Vorstand und bezw. Schriftführer und bei ihrem vorgerückten Alter von ihrer Wiederwahl als Ausschussmitglieder und namentlich als Delegirte zur Aerztekammer absehen zu wollen. Auf dringendes Zureden sämmtlicher anwesenden Mitglieder liessen sich Beide dazu herbei, die Vorstandschaft des Bezirksvereines noch ein Jahr weiterzuführen, wenn wenigstens für die Aerztekammer 2 neue Delegirte gewählt würden. Die Wahl zu Delegirten in die Aerztekammer ergab sodann: Dr. Hagen und Dr. Müller, und als deren Ersatzmänner: Dr. Hoeber und Dr. Hedderich.

Die IV. Sitzung am 25. October 1900 hatte sich mit den Anträgen zur heutigen Kammer, der Besprechung der Gründung einer Krankenkasse, wenn möglich am besten im Anschluss an den Verein zur Unterstützung invalider und hilfsbedürftiger Aerzte mit Entrichtung entsprechend erhöhter Beiträge oder auch Gründung solcher Krankenkassen in kleineren Kreisen, z. B. für den Kreis Schwaben, dem Aufrufe des Verbandes zur Wahrung der wirthschaftlichen Interessen der Aerzte Deutschlands, der Gefahr der Tuberculoseverbreitung, wogegen unter anderem belehrende Flugschriften und Zwangsdesinfection vorgeschlagen sind, zu beschäftigen.

Vorstand: Hofrath Dr. Troeltsch, Schriftführer: Dr. Miehr, Kassier: Hofrath Dr. Lindemann, sämmtliche praktische Aerzte in Augsburg. (Dr. Miehr.)

Bezirksverein Dillingen: Der Bezirksverein Dillingen hält regelmässig innerhalb Jahresfrist 3 Versammlungen ab — wenn nicht weitere durch ausserordentliche Vorlagen veranlasst sind — und zwar in Dillingen im November und im April. Im Jahre 1900 wurde die dritte im Sommer zu Gundelfingen abgehalten. Die Versammlungen waren alle ziemlich gut besucht.

Gegenstand der Besprechung war die k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899, den Vollzug des Impfgesetzes betr. Anlässlich inzwischen erfolgter ministerieller Interpretation wurde kein Beschluss gefasst.

Weiterhin kam die Präsidialentschliessung der k. Regierung von Schwaben und Neuburg, betr. Ersuchen des bayer. Frauenvereins zum Rothen Kreuz wegen Abhaltung von Ausbildungscursen für Hilfspflegerinnen, zur Besprechung und fand bereitwilliges Entgegenkommen.

Ausserdem wurde gewöhnlich Austausch casuistischer Mittheilungen und Erlebnisse aus der Privatpraxis gepflogen und die fortgesetzte Wahrnehmung über stets zunehmende Curpfuscherei und deren Unterstützung durch Apotheker constatirt.

Vorsitzender: Dr. Sell-Dillingen, Kassier: Dr. Schweinberger-Wertingen, Schriftführer: Dr. Wolff-Dillingen. (Dr. Sell).

Bezirksverein Günzburg-Neuulm: Der Bezirks-Verein Günzburg-Neuulm zählt 22 Mitglieder. Vorsitzender und Schriftführer ist der k. Bezirksarzt Dr. Nothaass in Günzburg a. D., Kassier ist Dr. Morian in Neuulm.

Es wurden 4 Versammlungen abgehalten, abwechselnd in Neuulm und Günzburg, in denen wissenschaftliche Themata, sowie Standes- und Vereinsinteressen zur Besprechung kamen. (Dr. Nothaass.)

Bezirksverein Lindau: Derselbe zählt 21 Mitglieder. Vorstand: Dr. Volk, k. Bezirksarzt in Lindau; Kassier u. Schriftführer: Adolf Kimmerle, prakt. Arzt in Lindau.

Im Berichtsjahre 1900 fanden 2 Hauptversammlungen statt; im Frühjahre (am 25. April) in Lindau, im Herbste (am 15. September) in Oberstaufen.

Gegenstand der Berathungen waren Vereins- und Standesangelegenheiten, Discussion der eingegangenen Einläufe, interessanter Fälle aus der Praxis etc.

Ausserdem vereinigten sich die Collegen der Stadt und nächsten Umgebung monatlich zu zwanglosen Besprechungen in der Stadt und im Sommer in Schachen. (Dr. Volk.)

Bezirksverein Memmingen: Der ärztliche Bezirksverein Memmingen zählt gegenwärtig 23 Mitglieder.

Die 3 statutenmässigen Versammlungen fanden am 31. Januar, 27. April und 13. September statt. Der Besuch derselben war erfreulicher Weise ein lebhafterer als in den Vorjahren. Von den 14 Theilnehmern fanden sich 6 je dreimal, 4 je einmal ein. 9 Mitglieder, worunter leider auch solche aus der Stadt, in der die Versammlungen gehalten wurden, gaben auch heuer wieder durch Fernbleiben ihrer Indifferenz gegen das Vereinsleben Ausdruck.

Gegenstände der Tagesordnung waren die Erledigung des jedesmal reichhaltigen Einlaufes und die verschiedenen internen Angelegenheiten des Vereins. Eine Versammlung war der Stellungnahme des Vereins zur k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899, das Impfwesen betr., gewidmet. Die Dr. Späth (Ebernschen Vorschläge zur Gründung einer Krankenkasse, sowie Hartmann's Vorschlag, betr. den Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen, wurden eingehend besprochen, theilweise auch in einem eigenen Vortrage des Herrn Dr. Wiedemann über Krankheits- und Invaliditätsversicherung der Aerzte behandelt.

Gegen die Zulassung der Realgymnasiasten zum Studium der Medicin verhielt sich der Bezirksverein ablehnend.

Den Bestrebungen der deutschen Aerzte gegen das Curpfuscherthum trat der Verein insoferne näher, als Herrn Dr. Wiedemann beauftragte, geeignete Fälle zu sammeln und seinerzeit darüber zu berichten.

Selbstverständlich gelangten auch die von verschiedenen Seiten an den Verein gesandten Anträge zur diesjährigen Aerztekammer zur Besprechung.

Das Schriftchen von Dr. Alexander in Berlin: „Wahre und falsche Heilkunde“ wurde in 25 Exemplaren bezogen und an sämmtliche Mitglieder vertheilt.

Das im städt. Krankenhause neueingerichtete, geräumige und lichte Operationslocal, bei dessen Anlage und Ausstattung den Forderungen der Antisepsis volle Rechnung getragen wurde, wurde den Theilnehmern an der Versammlung gezeigt und von denselben mustergiltig und durchaus den localen Bedürfnissen entsprechend befunden.

Den Schluss der Versammlungen bildete regelmässig ein mehrstündiges, geselliges Beisammensein; dasselbe trug nicht wenig zu dem im Ganzen recht collegialen Verhalten der Vereinsmitglieder bei.

Aus dem Vereine heraus, jedoch unabhängig von demselben, hat sich in der Stadt Memmingen ein Localverband der dortigen Aerzte gebildet, dem sämmtliche dortselbst prakticirenden Aerzte beigetreten sind, und der es sich zur Aufgabe gemacht hat, die heutzutage so vielfach gefährdeten materiellen Interessen der Collegen zu wahren und letztere auf der seitherigen socialen Höhe zu erhalten. (Dr. Holler.)

Bezirksverein Nordschwaben: Mitgliederzahl 25. Vorsitzender: Dr. Lauber, k. Bezirksarzt in Neuburg a. D.; Schriftführer und Kassier: Dr. Schmid, prakt. Arzt in Donauwörth.

Die 57. Vereinsversammlung fand am 30. April unter Betheiligung von 10 Mitgliedern statt. Ausser dem Referate über die letzten Vereinsverhandlungen und dem des Delegirten über die vorjährigen Kammerverhandlungen stand auf der Tagesordnung der Erlass des k. Staatsministeriums des Innern über das Impfwesen, bei dessen Besprechung der Antrag Dr. Lauber's: „Es mögen seitens der Aerztekammer Schritte zur Beseitigung des § 13 dieses Erlasses — Controle der Bezirksärzte durch den Kreismedicinalrath — gethan werden, angenommen wurde. Ausserdem wurde ein Antrag Dr. Lauber's angenommen: „Es solle die Aerztekammer sofort angegangen werden, ihre früheren Beschlüsse, nur der Abgang vom humanistischen Gymnasium berechtige zum Studium der Medicin, aufrecht zu erhalten, bezw. gegen die preussischen Reformpläne Front zu machen.“

Zum Schlusse demonstrirte Dr. Schmid interessante, pathologisch-anatomische Präparate.

Die Herbstversammlung (58.) fand unter Betheiligung von 11 Mitgliedern am 9. October statt. Nachdem der bisherige, um den Verein hochverdiente Vorsitzende k. Bezirksarzt Dr. Lauber eine Wiederwahl entschieden abgelehnt hatte, wurde zum Vorsitzenden Dr. Schmid, prakt. Arzt in Donauwörth, gewählt, zum Schriftführer: Dr. Dorsch, prakt. Arzt in Donauwörth, zum Delegirten: Dr. Rohmer, prakt. Arzt in Nördlingen.

Die eingehenden Berathungen betrafen die der diesjährigen Aerztekammer vorliegenden Anträge. Die Anregung Dr. Späth's zur Bildung einer Krankenkasse für die bayer. Aerzte wurde freudigst begrüsst und beschlossen, im Falle der Verwirklichung corporativ beizutreten.

Schliesslich demonstrirte Dr. Heisler Pestbacterien und referirte über neueste Malariaforschungen. (Dr. Rohmer.)

V. Mittheilung des Einlaufes.

Die Verbescheidungen des k. Staatsministeriums des Innern, betr. die Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1899, werden vom Vorsitzenden verlesen.

Die Angelegenheit der Aerztekammer mit der Vorstandschaft der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft (siehe Protokoll 1899) wurde in einer für beide Theile befriedigenden Weise geregelt.

Der übrige Einlauf dient zur Kenntniss und gibt zu Erinnerungen keinen Anlass.

Für die gütige Zusendung der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten im Regierungsbezirke Schwaben für das Jahr 1899, bearbeitet von Dr. Friedrich Böhm, k. Bezirksarzt, wird Letzterem der verbindlichste Dank der Kammer ausgesprochen.

VI. Bildung ärztlicher Collegien zur Erstattung von Obergutachten in Unfallversicherungsangelegenheiten.

(Gemäss Entschliessung des k. Staatsministeriums des Innern vom 21. September 1900.)

Es werden vorgeschlagen:

1. Herr k. Regierungs- und Kreismedicinalrath Dr. Roger in Augsburg,
2. Herr Medicinalrath Dr. Huber, k. Landgerichtsarzt in Memmingen,
3. Herr Hofrath Dr. Lindemann, prakt. Arzt in Augsburg,
4. Herr k. Bezirksarzt Dr. Brand in Füssen,
5. Herr Hofrath Dr. Schreiber, Oberarzt der chirurg. Abtheilung des städt. Krankenhauses in Augsburg,
6. Herr k. Bezirksarzt Dr. Böhm in Augsburg,
7. Herr Dr. Nic. Kienningers, prakt. Arzt und Bahnarzt in Illereichen,
8. Herr Dr. Bever, prakt. Arzt in Aeschach,
9. Herr Dr. Eugen Müller, prakt. Arzt in Krumbach,
10. Herr k. Bezirksarzt Dr. Lauber in Neuburg a. D.,
11. Herr k. Bezirksarzt Dr. Wille in Markt-Oberdorf,
12. Herr Dr. Rohmer, prakt. Arzt in Nördlingen.

VII. Antwort auf die Anfrage des Vorstandes der Versicherungsanstalt, betr. die Landkrankenpflege.

Referent: Dr. Wille.

Die Aerztekammer von Schwaben und Neuburg erklärt auf die Anfrage der k. Versicherungsanstalt, ob eine jährliche Leistung derselben im Betrage von 60000 M. für die Einführung der vom bayer. Frauenverein vom rothen Kreuze projectirten Landkrankenpflege im Kreise Schwaben ärztlicherseits begutachtet werden könne:

Die Aerztekammer ist nicht in der Lage, einen so hohen jährlichen Zuschuss, oder überhaupt nur einen solchen, als im Interesse der k. Versicherungskammer gelegen zu erachten.

Als Gründe für dieses Votum möchte sie, abgesehen von der Schwierigkeit der Acquisition eines geeigneten Personales und der für eine hinlängliche Ausbildung desselben erforderlichen Mittel, hauptsächlich hervorheben, dass ein Bedürfniss für die Errichtung eines solchen Institutes auf dem Lande nach den Erfahrungen der daselbst prakticirenden Aerzte keineswegs nachzuweisen ist, da nicht einmal die hiezu bereits vorhandenen und genügend vorgebildeten Kräfte, wie die Sanitäter, ehemaligen Lazarethgehilfen und Krankenwärterinnen, Bader, Hebammen, Wochenbettpflegerinnen u. s. f., eine regelmässige und zu ihrem Unterhalte ausreichende Beschäftigung finden; sie vermag keinen giltigen Grund für die Realisirung der Erwartung ausfindig zu machen, dass sich in Folge der geplanten Institution die Anzahl der Invalidenrenter künftig vermindern werde, und sie hegt im Gegentheil sogar die Befürchtung, es werde durch den unabweislichen Missbrauch der in wenigen Monaten erlernten und desshalb geringen technischen Fertigkeit die schon jetzt üppig herangewucherte Curpfuscherei zu womöglich noch grösserer Entfaltung gelangen und das Interesse der Versicherungsanstalt, wie der allgemeinen Gesundheitspflege noch weiter schädigen.

VIII. Anträge aus den ärztlichen Bezirksvereinen.

a) Antrag des Bezirksvereines Nordschwaben:

„Es wolle die Aerztekammer an die k. Staatsregierung die Bitte richten: es möchte die Bestimmung, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen, wie die praktischen Aerzte, Bezahlung von der zuständigen Aerztekammer zu verlangen.“

Referent Dr. Rohmer: Die churfürstlich bayerische Verordnung vom 28. October 1803, welche bestimmt, dass die amtlichen Aerzte die Armen ihres Bezirks unentgeltlich zu behandeln haben, bedeutet für die Amtsärzte eine erhebliche Belastung, die um so drückender ist, als die Armenpflegschaftsvorstände oft nicht nur aus Gründen der Sparsamkeit, sondern aus persönlicher Animosität gegen den betr. Bezirksarzt diesbezügliche Ansprüche geltend machen.

Abgesehen von den materiellen Nachtheilen für den Bezirksarzt ist die Verordnung wegen der hohen Fuhrwerkskosten für die weiter vom Bezirksamtssitz abgelegenen Gemeinden illusorisch, und nur die in der Nähe desselben liegenden geniessen den Vortheil derselben.

Ferner ist dadurch, dass nur die in Landbezirken angestellten Amtsärzte zur unentgeltlichen Armenbehandlung gezwungen werden, während an die der grösseren Städte eine solche Zumuthung nicht gestellt wird, eine Ungleichheit unter den Bezirksärzten vorhanden, welche durch Aufhebung der in Rede stehenden Verordnung ausgeglichen werden könnte, zumal eine solche in keinem anderen deutschen Staate noch besteht.

Wenn auch die Verpflichtung der Bezirksärzte zur Behandlung armer Kranker beibehalten würde, so ist doch die Unentgeltlichkeit derselben weder im öffentlichen Interesse nothwendig, noch der Billigkeit entsprechend.

Der Antrag wird in folgender Form einstimmig angenommen:

„Es wolle die Aerztekammer an die k. Staatsregierung die Bitte richten: es möchte die Bestimmung in der churfürstlich bayerischen Verordnung vom 28. October 1803, dass der Bezirksarzt seine ärztliche Hilfe den Armen seines Bezirkes unentgeltlich zu leisten habe, aufgehoben und den Bezirksärzten durch besondere Verordnung gestattet werden, für Armenbehandlung unter den gleichen Bedingungen, wie die praktischen Aerzte, Bezahlung von der zuständigen Armenpflege zu verlangen.“

b) Der Antrag desselben Vereins:

„Den Bestrebungen von Resolutionen anderer ärztlicher Vereine, den § 13 der k. Allerh. Verordnung vom 17. December 1899, Vollzug des Impfgesetzes betr., welcher die Beaufsichtigung der Impfärzte anordnet, als diese kränkend, zu beseitigen, sei beizutreten.“

Wird, weil aussichtslos, abgelehnt.

c) Aus demselben Grunde wird der Antrag des Bezirksvereins Günzburg-Neuulm abgelehnt:

„Es sei an die k. Regierung die Bitte zu richten:

1. die nöthigen Mittel zur Verfügung zu stellen, welche die weiteste Verbreitung der von Seite des k. Staatsministeriums des Innern im Jahre 1894 erlassenen Belehrung über die Verbreitungsweise und die Ansteckungsfähigkeit der Lungentuberculose und die hiegegen anzuwendenden Verhaltungsmaassregeln in Form von Flugschriften und Plakaten in öffentlichen Schulen, Gemeindeanstalten, Kranken- und Armenhäusern etc. ermöglichen.

2. Gleichzeitig auf Grund der §§ 47 und 72 des Polizeistrafgesetzbuches die Desinfection der Wohnungen, Hausgeräthe, Kleider etc. der an Lungentuberculose Gestorbenen den Angehörigen derselben zur Pflicht zu machen und die Durchführung überwachen zu wollen.“

d) Antrag der Bezirksvereine München und Augsburg:

„1. Die Aerztekammer möge aus Anlass der neuen Verordnung über den Vollzug des Impfgesetzes bei der k. Staatsregierung dahin vorstellig werden, dass vor dem Erlasse ähnlicher, für den Aerztestand wichtiger Bestimmungen jedesmal die Aerztekammer oder der erweiterte Obermedicinalausschuss gutachtlich einvernommen werden mögen.

2. Es möge bei der k. Regierung beantragt werden, dass alle wichtigeren neuerlassenen Gesetze, Verordnungen, oberpolizeilichen Vorschriften und Entschliessungen auf ärztlichem Gebiete jedem ärztlichen Bezirksvereine durch unentgeltliche Zusendung einer der Mitgliederzahl entsprechenden Reihe von Abdrücken derselben zur Kenntniss gebracht werden.“

Wird angenommen.

e) Antrag des Bezirksvereines Allgäu:

„Die Vorstandschaft der land- und forstwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft möge bei Ueberweisung von Rentnern (behufs ihrer Begutachtung) an einen anderen als den bisher begutachtenden Arzt Letzteren hievon benachrichtigen oder bei Einforderung wiederholter Gutachten über die Verunfällten dem Attestersteller zu dessen genauerer Information jedesmal den Act des betr. Rentners zusenden.“

Referent Dr. Wille: In letzter Zeit sind die Fälle immer häufiger geworden, dass Unfallrentner von dem bisher behandelnden und begutachtenden Arzte an einen Nachbarcollegen des Letzteren behufs neuerlicher Begutachtung überwiesen wurden, ohne dass hievon Ersterem Kenntniss gegeben wurde.

Hierher gehören natürlich nicht jene Fälle, bei welchen eine solche Ueberweisung auf Wunsch des bisherigen Begutachters oder aus dem Grunde erfolgte, um nach Ausspruch einer Dauerrente durch diesen ein Superarbitrium von einem amtlichen oder Specialarzte einzuholen, sondern lediglich solche und keineswegs seltene, bei denen ein wahrscheinliches, nicht immer motivirtes Misstrauen diesen Modus wählen liess.

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass ein derartiges Vorgehen, selbst wenn es nicht durch ein Misstrauen, das in ganz ausnahmsweisen Fällen nicht ganz ungerechtfertigt erschien, bedingt war, dass ein solcher Verzicht auf die fernere Begutachtung der Rentner geeignet ist, den bislang behandelnden und attestirenden Arzt in materieller und moralischer Hinsicht zu beeinträchtigen. Wie wenig hiebei eine diesbezügliche Absicht von Seite der Versicherungen vorlag, dürfte schon aus dem Umstande hervorgehen, dass der übergangene Arzt bei künftigen Unfällen gleichwohl wieder als Begutachter zugelassen wurde.

Freilich kann er nicht umhin, bei Stattgabe einem neuerlichen Ansuchen gegenüber mit den allgemeinen und speciell mit den ärztlichen, ethischen Principien etwas in Conflict zu gerathen, da er sich unter den gleichen Umständen bei privaten Fällen gewiss ablehnend verhalten müsste. Sollte er desshalb im Interesse der Allgemeinheit der staatlichen Institutionen weniger rigoros urtheilen, so würde ihm dieser Act von Selbstverzicht doch einigermaassen dadurch erleichtert werden, dass man den bislang attestirenden Arzt bei einem Begutachterwechsel mindestens davon in Kenntniss setze, und zwar schon aus dem Grunde, dass er die für den speciellen Fall gesammelten krankengeschichtlichen Notizen nicht ad calendas graecas und pro nihilo gewissenhaft aufbewahre.

Sollte aber diese Mittheilung entgegen den gewöhnlichen Usancen der Etiquette nicht beliebt werden, so möge man den Aerzten die erwähnte Mühe dadurch ersparen, dass man ihnen in jedem Falle, auch vor erneuter Begutachtung, den bisher erwachsenen Act des Rentners übersende, wie dies von einzelnen privaten Berufsgenossenschaften bereits so gehandhabt wird.

Der Antrag wird angenommen.

f) Ein weiterer Antrag des Bezirksvereins Allgäu lautet:

„Die Aerztekammer möge begutachten, dass gegenüber öffentlichen und von beachtenswerther Seite erfolgten Angriffen auf die ärztlichen Standesinteressen zur sofortigen Wahrung dieser unverzüglich die zunächst geeigneten Schritte gethan werden, und erachtet in einer sachgemässen aufklärenden Publication in der Tagespresse seitens kleinerer oder grösserer ärztlicher Corporationen ein hiefür zweckdienliches Mittel."

Referent: Dr. Wille.

Die Aerzte haben es bisher versäumt, von der öffentlichen Tagespresse gleich anderen Berufsarten in legaler Weise zur Aufklärung des Publicums und Vertheidigung ihrer gemeinsamen Standesinteressen Gebrauch zu machen. So kam es auch, dass die letzteren von jenen Factoren, welche über die intensivsten Angelegenheiten des ärztlichen Standes, wie in den gesetzgebenden Körperschaften, zu entscheiden hatten, ignorirt oder der Förderung anderer Berufskategorien geopfert wurden, und dies nicht etwa aus Uebelwollen, sondern hauptsächlich aus völliger Unkenntniss. Kein anderer akademisch vorgebildeter Stand musste sich öffentlich gegen ihn geschleuderte Invectiven von fast unerhörter Form und Intensität so unerwidert gefallen lassen, als der ärztliche, für den sich weder in den Parlamenten, noch in der allgemeinen Publicistik Vertheidiger seiner gerechten Sache einsetzten. Und wenn je die nothwendigste Vertheidigung desselben oder eine gebührende Zurückweisung der unbegründetsten Angriffe erfolgte, so geschah dies nur in den medicinischen Fachblättern, die kaum von Anderen, als den Aerzten selbst gelesen werden. Soll ihr Ansehen in der Oeffentlichkeit nicht noch weiter sinken, so dass es keine gemeinsame Standesehre mehr, sondern nur die für sie gibt, die sich jeder für sich selbst durch sein persönliches Verhalten speciell erwerben muss, so ist es nothwendig, dass die Aerzte die unbekannte Existenz ihrer Solidarität für ihr ethisches und materielles Wohl gerade da nachdrücklichst bekunden, wo die Kenntniss derselben fehlt, und desshalb jeder es sich herausnehmen zu dürfen vermeint, bei kindlich naiver Unkenntniss mit autoritativem Urtheil zu glänzen und bei aller Feigherzigkeit mit dem Anspruch auf Heldenmuth ungestraft zu verläumden.

Die Noblesse stummer Geringschätzung ist da nicht am Platze, wo das Verständniss für dieselbe mangelt, und das Schweigen als das Symptom selbstbewusster Schuld oder Schwäche aufgefasst wird. Nicht, als ob es passend wäre, auf jede Aeusserung eines eher bemitleidenswerthen Wichtes zu entgegnen, sondern weil es unumgänglich erscheint, einer trotz ihrer Urtheilsunfähigkeit einflussreichen Menge die Illusion zu benehmen, dass auch ihr eine zeitweilige Belehrung nicht immer vorenthalten werden soll, ist der vorstehende Antrag gestellt worden. Soll sie jedoch von Wirkung in jener und in unserem Interesse sein, so muss sie da vorgebracht werden, wo sie bemerkt werden dürfte, und in jener Form, die keine zu grossen Ansprüche an das Laienverständniss stellt.

Der Antrag wird angenommen und als Commission für solche Publicationen die Delegirten des Allgäus gewählt.

g) Antrag des Bezirksvereines Nürnberg, damit fast gleichlautend ein Antrag des Bezirksvereines Allgäu:

„Es möge von sämmtlichen bayerischen Aerztekammern an die k. Staatsregierung die dringende Bitte gestellt werden, die Vorlage der ärztlichen Standes- und Ehrengerichtsordnung baldmöglichst zur erspriesslichen Erledigung zu bringen."

In der Sitzung, welche die Vorsitzenden der ständigen Ausschüsse der bayerischen Aerztekammern in Nürnberg abhielten, wurde vorgeschlagen, folgende Resolution zur Besprechung zu stellen:

„Seit der Vorlage an die Kammer der Abgeordneten ist die Schaffung einer Aerzteordnung für Bayern in eine völlige Stockung gerathen. Der Tod des Kreismedicinalrathes Herrn Dr. Aub hat dazu den Aerzten ihren wärmsten Vertreter in der Kammer geraubt.

Die bayerischen Aerzte, hochbefriedigt von der Vorlage der hohen Staatsregierung, erwarten sehnlichst das endliche Inslebentreten von gesetzlichen Vorschriften, durch welche allein eine gedeihliche Weiterausbildung der Organisation des ärztlichen Standes ermöglicht werden wird.

Die bayerischen Aerztekammern halten es für geboten, das dringende Ersuchen zu stellen: Hohe Staatsregierung möge ihren Einfluss geltend machen, dass beim nächsten Zusammentritt der Kammer der Abgeordneten die bayerische Aerzteordnung sobald als möglich zur Berathung gestellt werde."

Die Resolution wird nach eingehendem Referate des Dr. Wille einstimmig angenommen.

h) Antrag des Bezirksvereines Dillingen:

„Es mögen den amtlichen Aerzten für auswärtige Dienstgeschäfte Tagesdiäten bewilligt werden."

Referent Dr. Sell: Die amtlichen Aerzte sind in der Mehrzahl nur allzu häufig veranlasst, mit auswärtigen Dienstgeschäften, z. B. Apothekenvisitationen, Schulhausbauten, namentlich aber mit der Controle der Geisteskranken, ihre Privatpraxis zu versäumen, welche doch bei der Gehaltszumessung staatlich in Rechnung gezogen ist.

Die Kammer erklärt sich in dieser Frage nicht für zuständig. Es wird aber beschlossen, den Delegirten zum erweiterten Obermedicinalausschusse zu ermächtigen obige Bitte beim Obermedicinalausschusse zur Sprache zu bringen und zu befürworten.

i) Antrag des Bezirksvereines Augsburg:

„Der Beginn des Unterrichtes an den beiden untersten Schulclassen möge im ganzen Königreiche im Winter auf 9 Uhr gelegt werden."

Die Motive zu diesem Antrage sind hygienischer Art (z. B. gewaltsame Unterbrechung des kindlichen Schlafes bei dem bisherigen frühen Schulbeginne, Kälte, Dunkelheit in den Schulzimmern, ungebahnte Wege). Dr. Wille bemerkt, dass es unmöglich sei, gleichheitliche, allgemein giltige Verordnungen in dem beregten Punkte zu erlassen, da die ländlichen Schulverhältnisse von jenen der Städte, wie in Bezug auf die Entfernung der Schule vom Wohnorte der Kinder, auf die schwierigen Verkehrwege und Mittel zu und von der Schule, insbesondere im Winter, bezüglich der Beleuchtung der Schullocale und deren häufiger Ueberfüllung u. s. f., wesentlich differiren. Neben anderen, den schulhygienischen Anforderungen zuwiderlaufenden Zuständen und Vorkommnissen möchte er insbesondere auf die schädlichen Folgen hinweisen, welche aus dem Mangel genau abgegrenzter Vorschriften und gesetzlicher Bestimmungen für die Leitung und Oberaufsicht in den Schulen dem jugendlichen Alter erstehen. Einer gesundheitswidrigen Anordnung von Seite der localen Schulbehörde, z. B. der, dass 6 jährige Kinder nach Zurücklegung eines 1½ stündigen Weges durchnässt und frierend im Winter zuerst in den kalten Räumen der Kirche länger zu verweilen haben, bevor sie das wärmere Schullocal aufsuchen dürfen, könne seitens der Sanitätsbeamten mit keiner rechtlichen Begründung entgegengetreten werden. Auf die Beseitigung solcher, durchaus nicht seltener Missstände, welche derzeit nicht in das Ermessen der Medicinalbeamten gestellt ist, möchte er gleichfalls die Aufmerksamkeit der Kammer richten.

Der Antrag wird in folgender Fassung angenommen:

„Es möge der Beginn des Unterrichtes an den beiden untersten Schulclassen soweit möglich im ganzen Königreiche im Winter auf 9 Uhr gelegt werden."

k) Antrag des Bezirksvereines Hersbruck.

„Die Kammer möge bei der hohen Staatsregierung in Anregung bringen, ob es nicht thunlich wäre, den praktischen Aerzten, welche auf eine Staatsanstellung reflectiren, in Bezug auf die Lieferung von Jahresberichten Erleichterung zu gewähren in der Richtung, dass nur in grösseren Zwischenräumen, etwa alle 3—5 Jahre Berichte gefordert würden, wobei auch der Termin für die Einlieferung derselben auf einen für den prakt. Arzt günstigeren Zeitpunkt verlegt werden könnte.

Die Kammer möge ferner anregen, ob nicht auch andere grössere Arbeiten medicinischen Inhalts solchen Berichten gleichwerthig erachtet werden könnten."

Zur Begründung dienen die Protokolle der mittelfränkischen Kammer 1898 und 1899. Münch. med. Wochenschr. 1898, No. 50; 1899, No. 50.

Der Antrag wird unter Weglassung des Ersuchens um grössere Zwischenräume dahin geändert:

„Die k. Staatsregierung sei zu ersuchen, grössere Arbeiten medicinischen Inhalts solchen Berichten gleichwerthig erachten und den Ablieferungstermin der Berichte, wenn möglich, weiter in's Jahr hinein verlegen zu wollen,"
und in dieser Fassung angenommen.

IX. Wahlen nach § 3 Ziff. 2, 3, 4 und 6 der Geschäftsordnung.

Ad 2: Als Delegirter zum erweiterten Obermedicinalausschusse wird durch Acclamation wieder Dr. Volk, als Stellvertreter Dr. Wille gewählt.

Ad 3: In die Commission zur Aberkennung der ärztlichen Approbation werden wieder gewählt die DDr. Holler, Wille und Riegel.

Ad 4: In die Commission zur Erledigung von Beschwerden im Sinne des § 12 der k. allerh. Verordnung vom 9. Juli 1893 werden ausser dem Vorsitzenden als Mitglieder Dr. Wille und Dr. Sell, als Stellvertreter Dr. Müller und Dr. Rohmer gewählt.

Ad 6: Zur Fortführung der Kassegeschäfte für den Verein zur Unterstützung invalider und hilfsbedürftiger Aerzte soll unter Dank Hofrath Dr. Curtius in Augsburg wieder gebeten werden.

Der Vorsitzende schliesst mit dem Ausdrucke des Dankes an den Herrn Regierungscommissär für dessen gütige Mitwirkung und für dessen gegebene werthvolle Mittheilungen um 11 Uhr die Sitzung.

Der Vorsitzende: **Dr. Hagen.**

Der Schriftführer: **Dr. Müller.**

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei AG., München.